# PLAN D'ACTION de LUTTE contre le JEU COMPULSIF dans les Laurentides 2004-2007

« Voir grand, planifier petit, mais agir maintenant ! »

Direction régionale des affaires médicales et hospitalières
Agence de développement de réseaux locaux de services
de santé et de services sociaux des Laurentides

Québec

105-06949/

# Plan d'action de lutte contre le cancer dans les Laurentides 2004-2007

Direction régionale des affaires médicales et hospitalières

*Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*

Québec
Laurentides

Document produit par la Direction régionale des affaires médicales et hospitalières de l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux des Laurentides.

Conception de la page couverture : Louise Dubois.

Pour obtenir d'autres exemplaires de ce document faites parvenir votre demande :

Par courriel : michel_loyer@ssss.gouv.qc.ca

Par téléphone : 450 432 8700 poste 1205

Par télécopieur : 450 569 6304

Par la poste : Agence de développement de réseaux locaux de services de santé
et de services sociaux des Laurentides
Centre de documentation
1000, rue Labelle, Bureau 210
Saint-Jérôme (Québec)
J7Z 5N6

Vous pouvez également consulter ce document sur Internet en visitant le www.rrsss15.gouv.qc.ca

Dépôt légal 2e trimestre 2004
Bibliothèque nationale du Québec
Bibliothèque nationale du Canada
ISBN 2-89547-082-0

Toute reproduction totale ou partielle est autorisée à condition d'en respecter l'intégralité et d'en mentionner la source.

Dans ce texte, sauf dans le cas où le genre est mentionné de façon explicite, le masculin désigne les deux sexes, sans discrimination.

**Note importante aux lectrices et aux lecteurs** :

Lorsque les expressions suivantes sont utilisées dans le texte : CLSC, CHSLD et CH, il faut savoir qu'elles s'inscrivent dans la nouvelle réalité du système de santé du Québec des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux. Donc, on ne fait pas référence à l'établissement mais plutôt à une des missions des futurs réseaux locaux regroupant plusieurs établissements à missions distinctes.

## RÉDACTION DU DOCUMENT

Isabelle Trépanier, M.A.
Agente de planification et de programmation, Direction régionale des affaires médicales et hospitalières, Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux des Laurentides

## REMERCIEMENTS

Ce Plan d'action n'aurait pu voir le jour sans l'appui professionnel et la collaboration des personnes suivantes :

À la Direction régionale des affaires médicales et hospitalières de l'Agence, mon directeur Dr Pierre Gfeller, mes collègues, Mesdames Louise Aubin, Jocelyne Fortier-Sauvé, Claudette Provencher, Messieurs Yvon Jasmin, Guy Laverdure et René Lefebvre.

À l'Agence, la présidente-directrice générale, Madame Micheline Vallières Joly et mes collègues de d'autres directions de l'Agence, Mesdames Marie-France D'Amours, Ginette Gingras, Ginette Leblanc, Stéphanie Loiselle, Sylvie Marineau, Céline Piché, Élise Prévost, Dre Blandine Piquet-Gauthier et Monsieur André Deshaies.

Mes collègues de la région des Laurentides et de d'autres agences régionales, Mesdames Christine Bertrand, Mariette Brabant, Marlène Champagne, Sylvie Gingras, Sylvie Miron et Huguette Ouellette.

Au Comité de lutte contre le cancer des Laurentides, Mesdames Diane Angers, Odile Deshaies, Marie-Claude Gadbois, Francine Jolicoeur, Ginette Lanctôt, Francine Laperrière, Nicole Laverdière, Sylvie Martel, Marie Patenaude, Paule Racine, France Ratelle, Manon Trépanier, Dres Mylène Drouin et Johanne Richard, Messieurs Serge Aubertin et Stéphane Gagnon, Drs Claude De Bellefeuille et Germain Trempe.

Au ministère de la Santé et des Services sociaux, Mesdames Nicole Lefebvre, Uy Tran, Louise Turgeon, Dres Linda Côté-Brisson et Marie Rochette, Monsieur Martin Coulombe, Drs Jean Latreille et Denis A. Roy.

Je remercie sincèrement chacune et chacun d'entre vous.

Agence
de développement
de réseaux locaux
de services de santé
et de services sociaux
Québec
Laurentides

**EXTRAIT du procès-verbal de la réunion du Conseil d'administration de l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux des Laurentides, tenue le 16 juin 2004, à l'Agence de santé et de services sociaux des Laurentides, à St-Jérôme**

**PLAN D'ACTION DE LUTTE CONTRE LE CANCER DES LAURENTIDES 2004-2007**

CONSIDÉRANT l'attente spécifiée par le ministère de la Santé et des Services sociaux à l'égard de l'élaboration du Plan d'action de lutte contre le cancer dans les Laurentides 2004-2007;

CONSIDÉRANT que le ministère de la Santé et des Services sociaux a fait du cancer une priorité;

CONSIDÉRANT que le Comité de lutte contre le cancer des Laurentides a été partie prenante du processus menant à la rédaction du Plan d'action de lutte contre le cancer dans les Laurentides 2004-2007;

CONSIDÉRANT que le Conseil d'administration de l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux des Laurentides a été saisi du présent dossier lors de la réunion du 19 mai 2004;

Il est proposé par Mme Louise Paradis, appuyé par M. Maurice D'Almeida

**D'ADOPTER LE PLAN D'ACTION DE LUTTE CONTRE LE CANCER DANS LES LAURENTIDES 2004-2007 DÉTAILLÉ AU DOCUMENT NO 5396.**

**Proposition adoptée à l'unanimité**

**EXTRAIT CERTIFIÉ CONFORME**

Micheline Vallières Joly, secrétaire

le 12 juillet 2004

## TABLE DES MATIÈRES


MÉTHODOLOGIE ..... 1

ABRÉGÉ ADMINISTRATIF ..... 3

INTRODUCTION ..... 5

LES OBJECTIFS GÉNÉRAUX ..... 7

LES PRINCIPAUX VOLETS DE LA LUTTE CONTRE LE CANCER ..... 9

VOLET I : LA PROMOTION DE LA SANTÉ, LA PRÉVENTION ET LE DÉPISTAGE DU CANCER ..... 9

*Les défis* ..... *10*

*Les habitudes de vie et les maladies chroniques* ..... *13*

*Cibles d'action régionales, indicateurs de résultats et partenaires* ..... *14*

*Le cancer du sein chez les femmes de 50-69 ans* ..... *15*

*Cibles d'action régionales, indicateurs de résultats et partenaires* ..... *15*

*Le développement de saines habitudes de vie et l'adoption de comportements sains* ..... *16*

*Cibles d'action régionales, indicateurs de résultats et partenaires* ..... *17*

*Les cancers d'origine environnementale (peau, poumon)* ..... *18*

*Cibles d'action régionales, indicateurs de résultats et partenaires* ..... *19*

VOLET II : LES SERVICES LOCAUX, RÉGIONAUX ET SUPRARÉGIONAUX D'INVESTIGATION, DE TRAITEMENT ET DE SOUTIEN ..... 21

*La valorisation de la prise en charge de la personne atteinte par les médecins de famille* ..... *21*

*Cibles d'action régionales, indicateurs de résultats et partenaires* ..... *22*

*Les équipes interdisciplinaires d'oncologie* ..... *23*

L'équipe interdisciplinaire locale d'oncologie ..... 27

*Cibles d'action régionales, indicateurs de résultats et partenaires* ..... *29*

L'équipe interdisciplinaire régionale d'oncologie ..... 31

*Cibles d'action régionales, indicateurs de résultats et partenaires* ..... *33*

L'équipe interdisciplinaire suprarégionale d'oncologie ..... 34

La stratégie d'implantation des équipes interdisciplinaires d'oncologie ..... 36

Un suivi postdésignation assuré ..... 37

*Le soutien offert aux personnes atteintes de cancer et à leurs proches* ..... 37
Les besoins d'ordre physique ..... 37
Les besoins de soutien psychologique et affectif ..... 37
Les besoins d'ordre spirituel ..... 38
Les besoins d'ordre matériel, financier et pratique ..... 38
Une évaluation systématique des besoins des personnes atteintes de cancer ..... 39
Le besoin d'information ..... 39
*Cibles d'action régionales, indicateurs de résultats et partenaires* ..... 40

**VOLET III : LES SOINS PALLIATIFS DE FIN DE VIE ..... 43**

*Le contexte* ..... 43
*Les principes directeurs de la politique de soins palliatifs et de fin de vie* ..... 47
*Les objectifs régionaux* ..... 70
*Cibles d'action régionales, indicateurs de résultats et partenaires* ..... 77

**VOLET IV : LE MAINTIEN ET L'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ ..... 83**

*La surveillance* ..... 83
*L'évaluation* ..... 83
*La circulation de l'information clinique* ..... 84
*Les systèmes d'information* ..... 84
*La formation* ..... 85

**CONCLUSION ..... 87**

**ANNEXE A FICHE DESCRIPTIVE DE L'ÉQUIPE LOCALE ET RÉGIONALE ..... 93**

**ANNEXE B TABLEAUX EN SOINS PALLIATIFS DE FIN DE VIE ..... 97**

ANNEXE I PROFIL DE LA RÉGION DES LAURENTIDES : ORGANISATION ET OFFRE DE SERVICE EN ONCOLOGIE ..... 103

INTRODUCTION ..... 103

LES POINTS SAILLANTS DE L'ÉTAT DE SITUATION DE LA LUTTE AU CANCER DANS LES LAURENTIDES : HIVER 2002 ..... 105

*Mise en contexte* ..... *105*

*Les activités de la Direction de santé publique des Laurentides en matière de prévention* ..... *105*

Lutte au tabagisme ..... 106

Santé environnementale ..... 107

Santé en milieu de travail - Prévention des cancers professionnels ..... 110

Alimentation ..... 111

*Le Programme québécois de dépistage du cancer du sein* ..... *111*

*Les cancers colorectal et de la prostate* ..... *116*

LES PRINCIPAUX CONSTATS DE LA TOURNÉE RÉGIONALE DES ÉTABLISSEMENTS EN 2002 ..... 117

*Constats en lien avec les activités d'investigation et diagnostiques* ..... *117*

*Constats en lien avec les activités chirurgicales* ..... *118*

*Constats en lien avec les activités de radiothérapie* ..... *119*

*Constats en lien avec les activités de chimiothérapie* ..... *120*

*Constats en lien avec les activités adaptation/réadaptation et soutien* ..... *122*

*Constats en lien avec les activités de mécanismes de liaison (CH–CLSC–Cabinets privés)* ..... *123*

*Constats en lien avec les activités de soins palliatifs* ..... *124*

Que dit l'Association québécoise de soins palliatifs sur la région des Laurentides ..... 126

LA CRÉATION DU COMITÉ DE LUTTE CONTRE LE CANCER DES LAURENTIDES (CLCL) : HIVER 2003 ..... 127

LA CRÉATION DE L'ÉQUIPE RÉGIONALE D'INTERVENTION AUPRÈS DE LA POPULATION (ÉRIP) : À CONSOLIDER 129

QUESTIONNAIRE SUR L'ORGANISATION DU TRAVAIL EN ONCOLOGIE DANS LES ÉTABLISSEMENTS : PRINTEMPS 2003 ..... 131

*Les CLSC* ..... *131*

*Les CHSLD* ..... *134*

*Les centres hospitaliers* ..... *135*

La trajectoire des personnes atteintes de cancer dans les Laurentides : automne 2003 ..... 139

Les corridors de service médicaux intra et extrarégionaux : automne 2003 ..... 155

Le tableau des services oncologiques disponibles dans les centres hospitaliers : hiver 2004 ... 159

Les effectifs et les services médicaux ..... 161
L'investigation et le traitement du cancer dans les Laurentides ..... 165
Les hospitalisations et les chirurgies ..... 165
La chimiothérapie ..... 175
La radiothérapie ..... 175

Annexe I A Questionnaire sur l'organisation du travail en oncologie : printemps 2003 ..... 177

ANNEXE II PROFIL DE LA RÉGION DES LAURENTIDES : DONNÉES SOCIOSANITAIRES ..... 189

Introduction ..... 189

Principales caractéristiques des sept territoires de CLSC ..... 191

Population des Laurentides et sa répartition sur le territoire ..... 196

Perception de l'état de santé ..... 198

Espérance de vie à la naissance ..... 198

Habitudes de vie et maladies chroniques ..... 200

*Le tabagisme ..... 200*
*La consommation d'alcool ..... 205*
*Consommation quotidienne de fruits et légumes ..... 206*
*Fréquence des activités physiques durant les loisirs ..... 208*
*Indice de masse corporelle ..... 209*
*Les activités de dépistage ..... 210*
Taux de participation au Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS) ..... 211
Test de Papanicolaou (PAP) ..... 213
Antigène spécifique prostatique (PSA) ..... 215
*Le taux ajusté d'incidence du cancer ..... 216*
*Le taux ajusté de mortalité par tumeurs malignes ..... 219*

BIBLIOGRAPHIE ..... 233

## LISTE DES SIGLES ET DES ACRONYMES

| | |
|---|---|
| CAT | Centre d'abandon tabagique |
| CCLCQ | Centre de coordination de la lutte contre le cancer au Québec |
| CDD | Centre de dépistage désigné |
| CH | Centre hospitalier |
| CHSLD | Centre d'hébergement et de soins de longue durée |
| CLCL | Comité de lutte contre le cancer des Laurentides |
| CLSC | Centre local de services communautaires |
| CMDP | Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens |
| CQLC | Conseil québécois de lutte contre le cancer |
| CRID | Centre de référence pour investigation désigné |
| CTC | Comité des thérapies du cancer |
| DRAMH | Direction régionale des affaires médicales et hospitalières |
| DRMG | Département régional de médecine générale |
| DRSP | Direction régionale de santé publique |
| FRSC | Fonds de la recherche sur la société et la culture |
| FRSQ | Fonds de la recherche en santé du Québec |
| GMF | Groupe de médecine de famille |
| I-CLSC | Information-CLSC |
| INSPQ | Institut national de santé publique du Québec |
| JASP | Journées annuelles de santé publique |
| MEQ | Ministère de l'Éducation du Québec |
| MSSS | Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec |
| ORL | Oto-rino-laryngologie |
| OSBL | Organisme sans but lucratif |
| PACS | Picture Archiving and Communication System |
| PAR | Plan d'action régional |
| PI | Plan d'intervention |
| PMO | Planification de la main-d'oeuvre |
| PNSP | Programme national de santé publique |
| PQDCS | Programme québécois de dépistage du cancer du sein |
| PQLC | Programme québécois de lutte contre le cancer |
| PSI | Plan de services individualisé |
| RAMQ | Régie de l'assurance maladie du Québec |
| RI | Ressource intermédiaire |
| RUIS | Réseau universitaire intégré de santé |
| SICHELD | Système d'information clientèle en hébergement et soins de longue durée |
| SIIATH | Système d'information intégré sur les activités transfusionnelles et d'hémovigilance |
| SI-PQDCS | Système d'information - PQDCS |
| SISAD | Système d'information du soutien à domicile |
| TEP | Tomographe par émission de positrons |

## MÉTHODOLOGIE

Plusieurs sources documentaires ont été utilisées afin de rédiger le Plan d'action de lutte contre le cancer dans les Laurentides 2004-2007. Pour certaines d'entre elles il s'agissait de documents en version de travail que nous avons décidé néanmoins d'intégrer principalement pour des raisons de pertinence du contenu et d'absence de documents similaires traitant du même sujet. Pour chacun des volets du plan d'action, nous avons d'abord effectué une mise en contexte, pour ensuite présenter sous forme de tableaux les cibles d'action régionales à entreprendre jusqu'en 2007, ses indicateurs de résultats correspondants et les partenaires interpellés. Voici plus en détail les principales sources documentaires[1] utilisées pour chacun des volets du Plan d'action.

Pour le volet I : **la promotion de la santé, la prévention et le dépistage du cancer**, nous nous sommes appuyés essentiellement sur les sections pertinentes du *Plan d'action régional en santé publique 2004-2007, Prévenir pour l'avenir...*élaboré par la Direction régionale de santé publique des Laurentides.

Pour le volet II : **les services locaux, régionaux et suprarégionaux d'investigation, de traitement et de soutien**, nous nous sommes inspirés de plusieurs travaux des comités de travail du Conseil québécois de lutte contre le cancer (CQLC) à savoir, Comité aviseur du CQLC, Comité de la première ligne médicale de lutte contre le cancer, Comité des représentants de la population atteinte de cancer, Comité de soutien, d'adaptation et de réadaptation et Comité de l'évolution de la pratique infirmière en oncologie.

Pour le volet III : **les soins palliatifs de fin de vie**, nous avons intégré la plupart des sections du *Plan d'organisation des services de soins palliatifs dans la région des Laurentides* rédigé par la Direction régionale d'organisation de services et de la main-d'œuvre en 2004 et avons transposé en cibles d'action régionales et en indicateurs de résultats les principales recommandations de la *Politique de soins palliatifs et de fin de vie* du MSSS rendue publique la même année.

Enfin le volet IV : **le maintien et l'amélioration de la qualité**, n'est pas formulé de la même manière que les précédents, car la majorité des actions à entreprendre doivent être définies ultérieurement par diverses instances comme le ministère de la Santé et de Services sociaux, le Conseil québécois de lutte contre le cancer et l'Agence. C'est pourquoi nous n'avons pas formulé de cible d'action régionale ni d'indicateur de résultat pour les différentes composantes de cette section à savoir : la surveillance, l'évaluation, la circulation de l'information clinique, les systèmes d'information et la formation. Ces éléments ne sont pas pour autant de moindre importance, mais devront être intégrés au moment opportun en cours d'implantation du programme québécois de lutte contre le cancer dans les Laurentides.

Par ailleurs, afin de se concentrer uniquement sur les éléments du Plan d'action 2004-2007, nous avons décidé de mettre certaines sections en annexe.

L'**Annexe I Profil de la région des Laurentides : organisation et offre de service en oncologie** a été rédigée à partir des nombreux travaux que la Direction régionale des affaires médicales et hospitalières (DRAMH) de l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux des Laurentides (ex. Régie régionale de la santé et des services sociaux des Laurentides) a entrepris de 2001 jusqu'à aujourd'hui. Les principaux travaux sont les suivants :

[1] Les références bibliographiques détaillées se retrouvent à l'intérieur de chacune des sections du Plan d'action.

- État de la situation de la lutte contre le cancer dans les Laurentides publié à l'hiver 2002;
- Création, à l'hiver 2003, du Comité de lutte contre le cancer des Laurentides (CLCL);
- Questionnaire sur l'Organisation du travail en oncologie que la DRAMH a fait parvenir aux CH, aux CLSC et aux centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) à l'été 2003;
- Trajectoires des personnes atteintes de cancer dans les centres hospitaliers que des membres du CLCL ont complétées à l'automne 2003 à la demande de la DRAMH;
- Schématisation des corridors de service médicaux intra et extrarégionaux pour la région des Laurentides effectuée par la DRAMH à la demande du MSSS à l'automne 2003;
- Tableau récapitulatif des services oncologiques disponibles dans la région (synthèse des informations issues de l'état de situation de 2002 et des travaux sur les corridors de service de 2003 et effectuée par la DRAMH à l'hiver 2004);
- Tableaux sur les effectifs médicaux (omnipraticiens et spécialistes) et les services en oncologie (notamment les hospitalisations et les chirurgies) et leur répartition par territoire de CLSC. Tous ces tableaux sont issus du bilan national des états de situation de la lutte contre le cancer au Québec qui a été publié par le MSSS, de la Direction régionale des affaires médicales et hospitalières, de la Direction régionale de santé publique et du service des technologies de l'information et des communications de l'Agence.

L'**Annexe II Profil de la région des Laurentides : données sociosanitaires** a été constituée d'après les plus récentes mises à jour des données sociosanitaires et des territoires de CLSC publiées par la Direction régionale de santé publique des Laurentides, des tableaux et figures issus du bilan national des états de situation de la lutte contre le cancer au Québec a été récemment publié par le MSSS et des tableaux fournis à notre demande par le service des technologies de l'information et des communications de l'Agence.

## ABRÉGÉ ADMINISTRATIF

Plusieurs pays ont adopté une approche particulière afin d'organiser leur intervention face au cancer. Dans sept provinces canadiennes, des agences attitrées coordonnent l'ensemble de la lutte contre le cancer en assurant, entre autres, la gestion des centres de soins où se concentrent l'expertise ainsi que les ressources et les services spécialisés. Le Québec a opté pour une approche globale visant à responsabiliser les divers intervenants du réseau de la santé et des services sociaux de chacune des régions. Ainsi, le ministre de la Santé et des Services sociaux a mandaté en 1992 un comité consultatif pour élaborer un Programme québécois de lutte contre le cancer. Après quelques années de travail avec des comités d'experts et de consultations auprès des personnes atteintes, leurs proches, des intervenants et des gestionnaires, le Québec rend public en 1998 le *Programme québécois de lutte contre le cancer* (PQLC). Intitulé *Pour lutter efficacement contre le cancer, formons équipe*, le PQLC repose sur un système global de lutte qui, six ans plus tard, demeure d'actualité. Ce programme s'articule autour d'un continuum de soins et de services centré sur la population et la personne atteinte de cancer allant de la prévention aux soins palliatifs de fin de vie en passant par le dépistage, l'investigation, le traitement et le soutien. Afin de moderniser la lutte contre le cancer, le PQLC s'appuie sur la constitution d'équipes interdisciplinaires locales, régionales et suprarégionales aptes à fournir des services globaux de qualité et répondant aux besoins des personnes atteintes et de leurs proches le plus près possible de leur milieu de vie.

Cette modernisation de la lutte contre le cancer proposée par le PQLC s'appuie sur une organisation de services intégrés et hiérarchisés. Quatre grands principes guident le déploiement d'une telle organisation; l'**accessibilité**, la **coordination**, la **continuité** et la **qualité des services**. Dans les Laurentides, les services de lutte contre le cancer font partie intégrante des responsabilités des futurs réseaux locaux de services, du centre hospitalier régional, de l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux des Laurentides, de même que des établissements universitaires du réseau universitaire intégré de santé et de services sociaux (RUIS) et offrant des services suprarégionaux à notre région.

En outre, cette organisation de services en oncologie doit graviter autour de la personne atteinte de cancer et prendre en considération la présence ou l'absence d'un réseau naturel de soutien. Sa compétence ainsi que celle de ses proches pour s'adapter aux exigences d'une maladie chronique tel le cancer doit être reconnue et renforcée. Dans ce contexte, les modalités d'intervention sont à visée pédagogique et permettent voire encouragent une participation active des personnes atteintes de cancer et de leur entourage à l'élaboration du plan de service. L'infirmière pivot représente le point d'ancrage essentiel de la personne atteinte tout au long du continuum de soins et de services. Cette intervenante privilégiée s'assure du soutien et guide la personne atteinte ou les membres de son entourage vers les ressources appropriées à ses besoins.

C'est sur la base de ces principes que toutes les agences régionales ont, à la demande du MSSS, rédigé leur Plan d'action régional de lutte contre le cancer.

Le **Plan d'action de la lutte contre le cancer dans les Laurentides 2004-2007** s'articule autour de quatre volets et pour la majorité d'entre eux, nous proposons des cibles d'action régionales et des indicateurs de résultats à atteindre d'ici l trois ans. Les principales actions privilégiées sont les suivantes :

**Volet I :** **La promotion de la santé, la prévention et le dépistage du cancer**

**Volet II :** **Les services locaux, régionaux et suprarégionaux d'investigation, de traitement et de soutien**

**Volet III :** **Les soins palliatifs de fin de vie**

**Volet IV** **Le maintien et l'évolution de la qualité**

Des actions seront également entreprises en ce qui a trait aux questions de surveillance, d'évaluation, de la circulation de l'information clinique, des systèmes d'information et de la formation. Celles-ci découleront principalement de travaux ministériels, mais également d'initiatives régionales.

**Les facteurs critiques de succès**

L'actualisation du Plan d'action de lutte contre le cancer dans les Laurentides dépend de certains facteurs critiques de succès tels les ressources humaines, les installations matérielles et les équipements, les ressources financières, le système d'information et le temps.

## INTRODUCTION[2]

Plusieurs pays ont adopté une approche particulière afin d'organiser leur intervention face au cancer. Dans sept provinces canadiennes, des agences attitrées coordonnent l'ensemble de la lutte contre le cancer en assurant, entre autres, la gestion des centres de soins où se concentrent l'expertise ainsi que les ressources et les services spécialisés. Au Québec, on a opté pour une approche globale qui vise à responsabiliser les divers intervenants du réseau de la santé et des services sociaux de chacune des régions. Ainsi, le ministre de la Santé et des Services sociaux a mandaté en 1992 un comité consultatif pour élaborer un Programme québécois de lutte contre le cancer[3]. Après quelques années de travail avec des comités d'experts et de consultations auprès des personnes atteintes, leurs proches, des intervenants et des gestionnaires, le Québec rend public en 1998 le Programme québécois de lutte contre le cancer (PQLC). Intitulé *Pour lutter efficacement contre le cancer, formons équipe*, le PQLC repose sur un système global de lutte qui, six ans plus tard, demeure d'actualité. Ce programme s'articule autour d'un continuum de soins et de services centré sur la population et la personne atteinte de cancer allant de la prévention aux soins palliatifs de fin de vie en passant par le dépistage, l'investigation, le traitement et le soutien. Sur le plan structurel, le PQLC s'appuie sur la constitution d'équipes interdisciplinaires locales, régionales et suprarégionales aptes à fournir des services globaux de qualité et répondant aux besoins des personnes atteintes et de leurs proches le plus près possible de leur milieu de vie. Le PQLC a recommandé également la mise en place des structures participatives, les comités régionaux de lutte contre le cancer. En ce qui concerne notre région, le Comité de lutte contre le cancer des Laurentides a vu le jour en janvier 2002, il a pour principal mandat de conseiller l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux des Laurentides sur la mise en œuvre du PQLC sur le territoire.

Le lancement du PQLC s'est accompagné de la création du Conseil québécois de lutte contre le cancer (CQLC), visant à conseiller le Ministre et à soutenir la mise en œuvre du programme, entre autres, en suscitant des consensus entre les intervenants et en favorisant le transfert des connaissances. Dans la foulée, a été adoptée la Loi québécoise sur le tabac et fut lancé le Programme québécois de dépistage du cancer du sein auxquels ont fait suite le *Plan d'action 2000-2008 en radio-oncologie* et le *Plan québécois de lutte contre le tabagisme 2001-2005*. Dans tous ces cas, il s'agit de réalisations ayant eu des effets significatifs. Néanmoins, plusieurs des recommandations du PQLC n'ont pas eu l'influence espérée au départ.

En 2001, le MSSS a créé le Centre de coordination de la lutte contre le cancer au Québec (CCLCQ) afin de faciliter l'exercice de son rôle de chef de file et de mieux coordonner l'action de tous les acteurs concernés par la modernisation de la lutte contre le cancer. L'équipe du CCLCQ collabore étroitement avec le secrétariat du CQLC afin de favoriser l'harmonisation des travaux; d'une part, les travaux à caractère scientifique et professionnel sous la responsabilité du CQLC et, d'autre part, ceux qui sont initiés par le CCLCQ dont la portée est davantage organisationnelle et administrative. Le CCLQC interagit de manière continue avec les directions ministérielles sur les divers dossiers propices à l'avancement de la lutte contre le cancer. Des échanges fréquents ont également lieu avec les répondants régionaux en matière de lutte contre le cancer que les régies régionales de la santé et des services sociaux, maintenant appelées agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux, ont désignés.

---

[2] Inspiré de : MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Programme québécois de lutte contre le cancer, La lutte contre le cancer dans les régions du Québec, Un premier bilan*, Québec 2003, pp 12-13.

[3] COMITÉ CONSULTATIF SUR LE CANCER, *Programme québécois de lutte contre le cancer, Pour lutter efficacement contre le cancer, formons équipe*, MSSS, Québec, 1997, 185 pages.

Dès ses débuts, le CCLCQ a érigé en priorité la mobilisation dans chacune des régions. L'orientation privilégiée est d'élaborer une stratégie régionale globale de lutte contre le cancer et de soutenir activement les efforts de chaque agence. La première étape a permis d'effectuer un état de situation et de mieux connaître les besoins et les activités existants dans les dix-huit régions sociosanitaires du Québec. À cet effet, en 2002, la Direction régionale des affaires médicales et hospitalières de la Régie régionale de la santé et des services sociaux des Laurentides a publié *La lutte au cancer dans les Laurentides, État de situation au 31 mars 2002.*

La deuxième étape vise la rédaction, par les régies régionales, maintenant agences, du Plan d'action régional de lutte contre le cancer s'échelonnant sur trois ans et couvrant, par conséquent, la période 2004-2007. D'après le canevas de rédaction proposé par le CCLCQ, les plans d'action devaient présenter des interventions concrètes appuyées par des indicateurs de résultats, et ce, pour tous les volets du continuum cancer. Tous les plans d'action doivent être déposés au MSSS pour la fin de l'année financière 2004, bien entendu ceux-ci doivent également faire l'objet d'une adoption par tous les conseils d'administration des agences régionales.

### La création d'une instance nationale de lutte contre le cancer

À l'automne 2003, une démarche ministérielle, sous la présidence du Dr Luc Deschênes, visant l'amélioration de la gestion et de l'impact du Programme québécois de lutte contre le cancer proposait notamment la création d'une instance nationale de lutte contre le cancer intra ou extra ministérielle. Le ministre Philippe Couillard a annoncé le 23 avril dernier la création d'une *Direction de lutte contre le cancer* ainsi qu'un budget de 10 millions de dollars récurrent, notamment afin de consolider les équipes interdisciplinaires en oncologie sur tout le territoire québécois et d'y adjoindre une infirmière pivot.

## LES OBJECTIFS GÉNÉRAUX

### Une organisation de services intégrés et hiérarchisés[4]

La modernisation de la lutte contre le cancer s'appuie sur une organisation de services intégrés et hiérarchisés. Quatre grands principes guident le déploiement d'une telle organisation : l'**accessibilité**, la **coordination**, la **continuité** et la **qualité des services**. Dans les Laurentides, les services de lutte contre le cancer font partie intégrante des responsabilités des réseaux locaux de services, du centre hospitalier régional, de l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux[5], de même que des établissements universitaires du réseau universitaire intégré de santé et de services sociaux (RUIS) et offrant des services suprarégionaux à notre région. L'actualisation du programme de lutte contre le cancer répond à la même ligne d'autorité et de reddition de compte que les autres programmes du Ministre.

Un cadre de gestion de l'imputabilité régit les opérations du programme. Ce cadre rend imputable des instances spécifiques pour les missions locales, régionales et suprarégionales de lutte contre le cancer.

Les réseaux locaux de services constituent le point d'ancrage de la prévention du cancer et de la prise en charge des personnes atteintes, en collaboration étroite avec l'ensemble des acteurs locaux de première ligne. C'est principalement par l'entremise de l'équipe interdisciplinaire locale d'oncologie, incluant une infirmière pivot, que s'exerce la responsabilité du réseau local de services face au Programme québécois de lutte contre le cancer. Sur le territoire des Laurentides, des liens formels relieront toutes les équipes locales d'oncologie avec l'équipe régionale d'oncologie qui détient une expertise spécialisée. Ce mode privilégié d'organisation du travail augmentera l'accessibilité, pour les personnes atteintes de cancer, aux services d'oncologie et améliorera la coordination et la continuité des interventions entre les différents fournisseurs de soins et de services.

Le palier régional constitue la plaque tournante de l'organisation des services spécialisés et l'assurance de la qualité, en lien avec les équipes locales qui lui sont reliées. L'équipe interdisciplinaire régionale d'oncologie a accès à l'infrastructure diagnostique et thérapeutique requise pour assurer les soins et services dans plus de la majorité des cas, en particulier pour les quatre principaux sièges de cancer les plus fréquents : sein, poumon, prostate et colorectal qui constituent annuellement 50 % des nouveaux cas de cancer. De plus, l'Agence exercera le leadership requis au niveau de la prévention et de la gouverne du programme de lutte contre le cancer pour le bénéfice de la population laurentidienne.

Des corridors de service sont établis entre l'équipe régionale et des équipes universitaires mandatées pour la mission suprarégionale de services, définie en fonction de sièges tumoraux spécifiques. Les équipes interdisciplinaires suprarégionales d'oncologie sont regroupées au sein d'un Réseau universitaire intégré de santé communément appelé RUIS. En plus de leur mission de services en collaboration avec les équipes régionales et locales de leur territoire, ces équipes universitaires sont responsables d'animer les activités de transfert des connaissances, de recherche, d'enseignement, de formation continue ainsi que l'évaluation des technologies et des modes d'intervention.

---

[4] Source : Adapté du document soumis par Dr Denis A. Roy lors d'une rencontre des responsables régionaux pour le Programme québécois de lutte contre le cancer, 20 novembre 2003.

[5] Ci-après Agence.

## Répondre aux besoins et aux attentes des personnes atteintes de cancer et de leurs proches[6]

L'organisation de services en oncologie doit graviter autour de la personne atteinte de cancer et prendre en considération la présence ou l'absence d'un réseau naturel de soutien. Sa compétence ainsi que celle de ses proches pour s'adapter aux exigences d'une maladie chronique tel le cancer doit être reconnue et renforcée. Dans ce contexte, les modalités d'intervention sont à visée pédagogique et permettent, voire encouragent, une participation active des personnes atteintes de cancer et leur entourage à l'élaboration du plan de service. L'infirmière pivot représente le point d'ancrage essentiel de la personne atteinte tout au long du continuum de soins et de services. Cette intervenante privilégiée s'assure du soutien et guide la personne atteinte ou les membres de son entourage vers les ressources appropriées à ses besoins. Selon les travaux effectués dans le cadre du PQLC, les principales préoccupations des personnes malades et de leurs proches concernent les aspects suivants :

- L'accès à des services de qualité proches du milieu de vie et des temps d'attente les plus courts possible;
- Le soutien dès la suspicion d'un cancer;
- Une information juste et compréhensible et une bonne communication;
- Le respect de la personne;
- La prise en considération de la douleur;
- La reconnaissance des coûts financiers de la maladie pour la personne et sa famille;
- L'accès à des soins palliatifs de fin de vie;
- La collaboration avec les organismes communautaires et bénévoles.

Vous trouverez à la section suivante une description des principaux volets de la lutte contre le cancer à savoir, la **promotion de la santé**, la **prévention** et le **dépistage du cancer**, **les services locaux**, **régionaux** et **suprarégionaux** d'**investigation**, de **traitement** et de **soutien** et les **soins palliatifs de fin de vie**. Pour chacun de ces volets, une mise en contexte est faite, viennent ensuite des tableaux regroupant les **cibles d'action régionales** à réaliser, les **indicateurs de résultats** correspondants et les **partenaires** impliqués. Rappelons que le *Plan d'action de lutte contre le cancer dans les Laurentides* couvre la période débutant le 31 mars 2004 et se terminant le 31 mars 2007.

[6] Inspiré de : MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, Direction des affaires médicales et universitaires, *Le continuum de services pour les personnes atteintes de cancer et leurs proches*, Paramètres d'organisation, Programme québécois de lutte contre le cancer, DOCUMENT DE TRAVAIL version du 4 février 2004.

## LES PRINCIPAUX VOLETS DE LA LUTTE CONTRE LE CANCER

### Volet I : La promotion de la santé, la prévention et le dépistage du cancer[7]

Plusieurs spécialistes le confirment : pour améliorer l'état de santé de la population en général et des personnes en particulier et réduire ainsi les besoins de services curatifs, une bonne partie de la solution repose sur la prévention.

C'est dans cette perspective que le ministère de la Santé et des Services sociaux déposait, à la fin de 2002, le Programme national de santé publique (PNSP) qui énonce les activités à mettre en oeuvre au cours des prochaines années. L'objectif du programme : agir sur les déterminants qui influencent la santé, dans ses dimensions physique et psychosociale, de façon à favoriser celle-ci. Ce faisant, nous diminuerons le nombre des problèmes de santé et des problèmes psychosociaux tout en limitant leur développement à l'échelle de la population québécoise.

Conformément à la Loi sur la santé publique, ce programme prévoit l'élaboration, par chacune des régions du Québec, d'un Plan d'action régional en santé publique, en concertation avec les intervenants du réseau de la santé, principalement les CLSC. Dans cet esprit, le présent plan vise à actualiser les orientations et les cibles prioritaires proposées dans le PNSP tout en tenant compte de nos spécificités régionales.

Il vise également à fournir, à la directrice de santé publique, les moyens d'assumer les responsabilités qui lui sont dévolues par la Loi sur la santé publique, la Loi sur la santé et la sécurité du travail, le Règlement sur la qualité de l'eau potable et tout particulièrement la Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux. Ces responsabilités se résument ainsi:

- Informer la population de l'état de santé général des individus qui la composent, des problèmes de santé prioritaires, des groupes les plus vulnérables, des principaux facteurs de risque et des interventions qu'elle juge les plus efficaces; en suivre l'évolution et, le cas échéant, faire les études et les recherches nécessaires à cette fin;
- Identifier les situations susceptibles de mettre en danger la santé de la population et assurer la mise en place des mesures nécessaires à sa protection;
- Assurer une expertise en prévention et en promotion de la santé et conseiller l'Agence sur les services préventifs utiles à la réduction de la mortalité et de la morbidité évitables;
- Identifier les situations où une action intersectorielle s'impose pour prévenir les maladies, les traumatismes ou les problèmes sociaux ayant un impact sur la santé de la population et, lorsqu'elle le juge approprié, prendre les mesures nécessaires pour favoriser cette action.

Le présent plan ne définit que les contributions des acteurs du réseau de la santé. Il va de soi qu'un projet de cette envergure nécessitera la mobilisation et la participation de tous les acteurs de la communauté. Mais il nous apparaît essentiel que, dans un premier temps, les intervenants du réseau de la santé fassent consensus sur les problématiques et les actions à poser en santé publique dans les Laurentides. Une fois ce consensus établi, la Direction de santé publique sollicitera la participation des acteurs régionaux des

[7] AGENCE DE DÉVELOPPEMENT DE RÉSEAUX LOCAUX DE SERVICES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DES LAURENTIDES, Direction de santé publique, *Plan d'action régional en santé publique 2004-2007, Prévenir pour l'avenir...*DOCUMENT DE TRAVAIL, Version Février 2004, 66 pages.

autres secteurs (ministère de l'Éducation du Québec, ministère de l'Environnement, Département régional de médecine générale, etc.) ; il reviendra ensuite aux CLSC d'interpeller leurs partenaires (organismes communautaires, écoles, municipalités, etc.) pour établir les collaborations et contributions possibles de ces derniers à ce grand chantier. Une approche territoriale par CLSC permettra une meilleure participation et appropriation par la population locale des problématiques du milieu et la mise en place de solutions et de mécanismes de collaboration mieux adaptés aux réalités locales.

Chose certaine, malgré le travail accompli, depuis les dernières années, pour maximiser nos interventions régionales conformément aux orientations ministérielles, beaucoup reste à faire. Le Plan d'action régional de même que les plans locaux des CLSC nous donneront des cibles précises à atteindre en fonction des enjeux qui correspondent à notre réalité.

### *Les défis*

Le Programme national de santé publique vient encadrer notre intervention, en nous outillant de stratégies d'action et en précisant l'ensemble des services de santé publique auxquels la population est en droit de s'attendre. Toutefois, malgré cette connaissance accrue de notre environnement, et malgré les outils dont nous disposons, d'importants questionnements subsistent. À titre d'exemple, les recherches récentes confirment que la prévention représente un moyen efficace, à long terme, pour améliorer l'état de santé et de bien-être de la population. Nos interventions ne devraient-elles pas s'appuyer davantage sur ce constat, qui s'établit peu à peu comme une certitude?

Les chercheurs constatent également qu'un environnement socioéconomique défavorable a un impact extrêmement négatif sur la santé de la population.[8] Dans ces conditions, les importantes iniquités sociales et de santé que l'on observe à l'intérieur même de notre région ne devraient-elles pas nous inciter à agir davantage auprès des groupes vulnérables?

Parallèlement à ces constats sociaux, nous devons tenir compte d'une autre réalité irréfutable: nous évoluons dans un contexte de ressources humaines et financières limitées. La clarification des rôles et une meilleure coordination de la contribution des intervenants (CLSC, Direction de santé publique, etc.) ne s'imposent-elles pas comme des avenues incontournables pour améliorer l'efficacité de nos actions?

Cela dit, l'existence même d'un réseau de santé efficace s'appuie sur un ensemble de fonctions aussi vitales que complémentaires: planifier et agir, prévenir et guérir... De ce fait, le resserrement des liens entre la planification et l'intervention, de même qu'une meilleure intégration des pratiques préventives et curatives en première ligne ne sont-ils pas des moyens d'améliorer la portée de la prévention?

Plus largement encore, il est depuis longtemps démontré que l'environnement physique, social et économique a un impact sur la santé de la population. Devant cette réalité, la Direction régionale de santé publique (DRSP) ne doit-elle pas constamment dépasser les frontières du réseau sociosanitaire et coordonner son action avec celle des acteurs de multiples sphères de la société (milieux communautaire, scolaire, socioéconomique, etc.)?

---

[8] Voir, entre autres, : DIRECTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE DE MONTRÉAL-CENTRE, *Les inégalités sociales de la santé. Rapport annuel 1998 sur la santé de la population*, mars 1998, 92 pages.

Ces questionnements mettent en évidence l'obligation d'agir en amont des problèmes sociaux et de santé, mais également de pousser plus avant notre action à l'intérieur du nouveau cadre légal de la santé publique.

**Défis en matière de lutte contre le cancer**

Avec peu de moyens, la région se trouve donc confrontée à la nécessité de développer des façons d'endiguer l'accroissement potentiel des besoins sociosanitaires associés au vieillissement de sa population, tout en maintenant les services à sa population jeune. La prévention constitue un outil permettant de relever ce défi. En effet, une intervention accrue en amont réduit les besoins en matière de services curatifs. À titre d'exemple, année après année, on constate que le taux ajusté de mortalité par maladies de l'appareil respiratoire et par cancer de la trachée, des bronches et des poumons, est plus élevé dans les Laurentides que dans l'ensemble du Québec. Or, on constate aussi que la proportion de fumeurs réguliers et le nombre de personnes sédentaires ou présentant un excès de poids y sont toujours légèrement plus élevés.

Ainsi, dans son Plan d'action régional, la Direction de santé publique s'est donnée cinq défis à relever dans le but de maintenir et d'améliorer la santé de la population des Laurentides. Ces défis s'appliquent tout à fait bien à la lutte contre le cancer.

***Premier Défi***
***Placer la prévention en tête de nos obligations***

Il devient impératif de redoubler d'ardeur pour soutenir les interventions de prévention. Pour ce faire, nous entendons protéger les budgets consentis au secteur de la prévention, assurer un suivi des activités réalisées et poursuivre nos activités de représentation auprès du Ministère afin d'augmenter les budgets de santé publique dans notre région. Ces actions nous permettront d'ajuster nos services en fonction des besoins des différents groupes de la population.

***Deuxième défi***
***Augmenter de façon appréciable les services aux groupes plus vulnérables[9]***

Étant donné l'impact important de l'environnement socioéconomique sur la santé des populations, les écarts à l'intérieur même de notre région apparaissent suffisamment troublants pour que nous mettions en place des actions visant à corriger les iniquités sociales de la santé.

Plus précisément, il nous faut adapter notre offre de service préventif en fonction des groupes les plus vulnérables. Dans cette perspective, tant en termes de financement que d'interventions en santé publique, la Direction régionale de santé publique entend non seulement cibler les groupes plus vulnérables, mais aussi jouer un rôle conseil auprès des autres directions de l'Agence, en vue d'atteindre un meilleur équilibre

[9] Le Programme national de santé publique 2003-2012 définit les groupes vulnérables de la façon suivante: «Des groupes qui, en raison de leurs caractéristiques, ont une probabilité plus élevée de présenter un problème psychosocial ou de santé.» La littérature révèle que les personnes ou groupes prédisposés à des problèmes de santé physique, psychique, de développement ou d'adaptation sociale sont considérés comme vulnérables. Un problème de santé apparaît quand une personne ou un groupe possède des prédispositions génétiques, biologiques ou psychosociales susceptibles de les rendre vulnérables à la maladie.

entre les budgets consentis aux mesures universelles (s'adressant à tout le monde) et ceux consacrés aux mesures ciblées (visant des personnes plus vulnérables).

***Troisième défi***
***Recentrer nos rôles et nos fonctions: la DRSP, architecte de la prévention, les CLSC, maîtres d'oeuvre de l'intervention***

Pour éviter les dédoublements et maximiser les résultats, il importe de connaître les attentes de chacun tout en déterminant avec le plus de précision possible les rôles et les fonctions qui incombent à chaque intervenant.

Concrètement, dans chaque territoire local des Laurentides, le CLSC doit s'affirmer comme l'acteur privilégié de la première ligne, assumant ainsi le leadership quant à la mise en œuvre d'actions de santé publique. De son côté, la DRSP consolidera son intervention en deuxième ligne, en mettant ses équipes au service des CLSC, principalement, mais également à celui des groupes de médecine de famille, des cliniques médicales et des autres professionnels de la santé.

***Quatrième défi***
***Travailler avec les médecins pour accentuer le réflexe de «maintenir en santé»***

Nous souhaitons voir les médecins contribuer, à titre d'acteurs centraux, à la mise en oeuvre de certains programmes de santé publique visant à prévenir divers problèmes sociaux et maladies, ou du moins à en réduire le fardeau à l'échelle populationnelle. En effet, plusieurs activités de santé publique, comme le Programme québécois de dépistage du cancer du sein, les programmes et interventions visant à soutenir l'abandon tabagique ou les programmes de vaccination, nécessitent une collaboration étroite avec les services de première ligne. Pour un maximum d'efficacité, de telles interventions gagnent à s'intégrer autant que possible à la pratique médicale quotidienne par le biais d'actions préventives, tout en tenant compte des barrières et des réalités distinctes des milieux de pratique (cabinets privés, CLSC, GMF, ...)

Pour soutenir les services de première ligne dans le counselling tabagique, par exemple, il conviendra de fournir aux médecins la formation et les outils appropriés. En parallèle, des intervenants des CLSC offriront des services de référence, donnant accès à un counselling individuel ou de groupe plus intensif, vers lesquels le médecin pourra guider ses patients.

***Cinquième défi***
***Exercer une influence positive auprès des communautés qui se mobilisent***

En raison de la complexité et de la multiplicité des problématiques sociales, les CLSC ne peuvent agir seuls, pas plus que la Direction de santé publique. Cependant, forts de leur expertise, ces deux partenaires ont la capacité d'assumer un leadership constant auprès des autres acteurs de la communauté.

Il s'agit en quelque sorte de favoriser une intervention concrète et concertée en faveur de la prévention. À cette fin, les CLSC, en partenariat avec la DRSP, chercheront à outiller les acteurs des communautés afin qu'ils deviennent des agents multiplicateurs des actions préventives à mettre en place dans les milieux de vie. Chacun sera ainsi amené à s'investir dans des actions qui tendent vers l'amélioration de la santé et du bien-être des collectivités. Pour initier ou stimuler ce mouvement, nous devons continuer d'inciter les

décideurs, qu'ils soient du secteur socioéconomique, du milieu scolaire, des centres de la petite enfance, des gouvernements provincial ou municipaux, à inscrire la prévention à leur agenda.

Comme on le constate, il s'agit là d'importants défis à relever pour tous les intervenants de la santé, qui devront d'ailleurs travailler en étroite collaboration pour réussir ce virage, résolument axé sur la contribution de tous à l'égard de la prévention.

Pour arriver à relever ces défis, le Plan d'action régional précise l'ensemble des activités proposées. À partir des objectifs santé visés d'ici 2012 dans le Programme national en santé publique, les principales cibles d'action sont identifiées pour atteindre des résultats intermédiaires attendus pour 2007.

Les activités en lien avec le cancer sont regroupées sous trois grands domaines d'intervention, comme le prévoit le Programme national de santé publique :

- Les habitudes de vie et les maladies chroniques ;
- La santé environnementale ; plus spécifiquement les cancers d'origine environnementale ;
- Les activités de surveillance, de recherche et d'évaluation.

## *Les habitudes de vie et les maladies chroniques*

### Les saines habitudes de vie et les maladies chroniques chez les adultes

En ce qui a trait aux quatre facteurs de risque (tabagisme, sédentarité, alimentation, obésité) en grande partie responsables des principales maladies chroniques (maladies cardiovasculaires, maladies pulmonaires obstructives chroniques, cancers et diabète), la situation qui prévaut dans les Laurentides s'apparente à celle du reste de la province. Par contre, on observe, dans certains territoires de CLSC, une prévalence nettement plus élevée de tabagisme, de sédentarité, d'obésité et de consommation non optimale de fruits et légumes.

Qu'il s'agisse de l'incidence de ces maladies ou de la mortalité (taux de mortalité ajusté) attribuables aux quatre maladies chroniques d'intérêt, la région se distingue par :

- Une incidence significativement supérieure des cancers du poumon et de la prostate;
- Une prévalence accrue de diabète dans certains territoires de CLSC (Argenteuil, Jean-Olivier-Chénier et Arthur-Buies);
- Une surmortalité significative pour l'ensemble des maladies cardiovasculaires, le cancer du poumon, les maladies pulmonaires obstructives chroniques et le diabète.

Actuellement, dans les Laurentides, les services de prévention visant à contrer ces maladies sont offerts par problématique (tabac, activité physique) plutôt que dans le cadre d'une approche globale et intégrée. Des cliniques d'abandon tabagique, offrant des services de cessation tabagique individuels et de groupe, ont été mises sur pied dans les sept CLSC de la région ainsi que dans deux centres hospitaliers.

Nous croyons essentiel de déployer des interventions globales et intégrées pour lutter contre les trois principales habitudes de vie (tabagisme, alimentation et sédentarité) responsables, en grande partie, du fardeau croissant associé aux maladies chroniques. En agissant auprès des intervenants de la santé et

dans les milieux de vie, nous pourrons améliorer le profil de risque de la population des Laurentides et réduire le fardeau de ces maladies à l'échelle populationnelle (morbidité, mortalité).

**Objectifs santé pour 2012**

- **Réduire la morbidité et la mortalité associées aux principales maladies chroniques (dont le cancer);**
- **Améliorer le profil de risque de la population adulte des Laurentides pour les principaux facteurs de risque des maladies chroniques (tabagisme, fumée de tabac dans l'environnement, sédentarité, alimentation);**
- **Réduire de 28 à 25 % la proportion des adultes qui font usage du tabac;**
- **Augmenter de 47 à 50 % la proportion des adultes qui consomment au moins 5 fruits - légumes par jour;**
- **Réduire de 53 à 48 % la proportion des adultes sédentaires.**

## *Cibles d'action régionales, indicateurs de résultats et partenaires*

**Cible d'action régionale pour 2005**[10]

- Mettre en œuvre le volet régional de certaines stratégies d'interventions énoncées dans le Programme québécois de lutte au tabagisme :
  - Déploiement des centres d'abandon du tabagisme (CAT).

**Indicateur de résultat pour 2005**

- Nombre de fumeurs qui ont reçu des services de cessation dans des centres d'abandon du tabagisme (CAT).

**Cibles d'action régionales pour 2007**

- Adapter, implanter et évaluer un programme de prévention des maladies chroniques, élaboré à partir d'une approche globale et intégrée, ciblant les individus, les collectivités ainsi que les différents milieux de vie. Ce programme comprend trois volets :

1. Un plan de communication pour l'ensemble du programme, y compris des campagnes promotionnelles ciblant spécifiquement l'adoption et le maintien de saines habitudes de vie;
2. Un programme visant à promouvoir la prévention et à soutenir les intervenants de première ligne dans la prestation des pratiques cliniques préventives éprouvées de counselling et de dépistage auprès de la clientèle adulte (intervenants de CLSC, médecins en cabinet, GMF, dentistes et hygiénistes);
3. Un programme soutenant la promotion de saines habitudes de vie et la création d'environnements favorables en milieu de travail de même qu'auprès des milieux municipaux et communautaires.

- Intensifier les services de cessation tabagique et en faire la promotion.

**Résultats attendus pour 2007**

- Avoir obtenu la participation de trois territoires de CLSC au programme intégré de prévention des maladies chroniques (Programme 0-5-30 combinaison prévention) ;
- Avoir implanté au minimum un centre d'abandon tabagique (CAT) dans chaque territoire de CLSC et que chacun voit minimalement 50 personnes par année pour un counselling sur la cessation tabagique.

[10] Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Cahier des charges, document préparatoire à la signature de l'entente de gestion et d'imputabilité à intervenir entre une agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux et le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec*, Québec, Avril 2004, page 10.

**Partenaires**
- DRSP
- CLSC
- Médecins

## *Le cancer du sein chez les femmes de 50-69 ans*

Le cancer du sein demeure la principale forme de cancer chez les femmes. Comme il est impossible de prévenir son apparition, notamment en raison de facteurs de risque difficilement modifiables (principalement l'âge et les antécédents familiaux), l'approche la plus susceptible de diminuer ses conséquences néfastes consiste à intervenir le plus rapidement possible pour limiter l'évolution de la maladie. Plus on découvre le cancer à un stade précoce, meilleures sont les chances de guérison. Le Québec a fait du dépistage du cancer du sein une de ses priorités nationales de santé publique, instaurant à cette fin le Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS) qui invite toutes les femmes de 50 à 69 ans à passer une mammographie de dépistage tous les deux ans.

Dans les Laurentides, environ 50 000 femmes sont admissibles au PQDCS, qui a débuté en mai 1999. Afin de garantir des services de la plus haute qualité, les mammographies de dépistage doivent être réalisées dans des centres de dépistage désignés (CDD). Toutefois, deux des cinq centres prévus pour la région n'ont pas encore obtenu l'agrément, ce qui les empêche d'offrir les services du PQDCS à leur clientèle. Lorsque le dépistage donne un résultat anormal, l'investigation est faite dans un centre de référence pour investigation désigné (CRID). Dans notre région, un seul CRID a reçu ce mandat. Pour atteindre ses objectifs de réduction de la mortalité par cancer du sein, le PQDCS vise la participation de 70 % des femmes de 50 à 69 ans. S'établissant actuellement à 44,3 % pour l'ensemble de la région, ce taux devrait augmenter lorsque les services seront disponibles sur tout le territoire et que toutes les femmes admissibles auront été invitées.

**Objectif santé pour 2012**

➢ **Réduire la mortalité par cancer du sein de 25 %, sur une période de 10 ans, chez les femmes de 50 à 69 ans.**

## *Cibles d'action régionales, indicateurs de résultats et partenaires*

**Cibles d'action régionales pour 2005**[11]
- Consolider le PQDCS selon les normes établies au cadre de référence du programme et atteindre plus particulièrement :

→ une hausse de 2,5 point de % du taux de participation au programme;

→ un taux de cancers détectés plus grand que 5,0/ 1000 en dépistage initial et plus grand que 3,5/1 000 en dépistages subséquents ;

→ une réduction de 1 point de % du taux de référence pour investigation en dépistage initial ; une réduction de 0,5 point de % du taux de référence pour investigation en dépistages subséquents.

[11] Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Cahier des charges, document préparatoire à la signature de l'entente de gestion et d'imputabilité à intervenir entre une agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux et le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec*, Québec, Avril 2004, page 10.

**Indicateurs de résultats pour 2005**
- Taux de participation au programme;
- Taux de cancers détectés;
- Taux de référence en investigation.

**Cibles d'action régionales pour 2007**
- Assurer l'accessibilité au Programme québécois de dépistage du cancer du sein dans tous les territoires des Laurentides;
- Promouvoir le dépistage du cancer du sein et le PQDCS auprès des femmes visées, des intervenants de la santé et de la population en général;
- Consolider le volet assurance de la qualité à l'échelle régionale.

**Indicateurs de résultats pour 2007**
- Réseau de services en dépistage (CDD) et en investigation (CRID) complété ;
- Taux de participation au programme;
- Comité régional d'assurance de la qualité en fonction.

**Partenaires**
- DRSP
- CLSC
- Centres hospitaliers
- Cabinets privés
- Médecins

## *Le développement de saines habitudes de vie et l'adoption de comportements sains*

L'adoption de mauvaises habitudes peut se traduire en problèmes de santé physique ou psychologique à l'âge adulte. À cet égard, dans les Laurentides, on relève notamment que :

- Les jeunes se désengagent de la pratique de l'activité physique entre le début et la fin du secondaire ;[12]
- Seulement la moitié des jeunes de 12 à 19 ans de notre région respectent la recommandation minimale concernant la consommation quotidienne de fruits et légumes ;[13]
- Une bonne nouvelle: en 2002, si plus de 26,2% des filles et 20,1% des garçons du secondaire font encore usage du tabac, il s'agit néanmoins d'une baisse significative par rapport aux enquêtes menées en 1998 et 2000.[14]

La proportion des jeunes de 15 à 19 ans présentant un excès de poids est à la hausse, et cela principalement au sein du groupe des garçons.[15]

À l'heure actuelle, les principales activités de prévention en milieu scolaire sont habituellement dispensées de manière peu intégrée, souvent sporadiques, soit :

---

[12] KINO-QUÉBEC, *L'activité physique, déterminant de la santé des jeunes.* Avis du comité scientifique de Kino-Québec, Secrétariat aux loisirs et aux sports, MSSS, Gouvernement du Québec. 2000.
[13] STATISTIQUE CANADA, *Enquête sur la santé des collectivités canadiennes*, 2000-2001.
[14] INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC, *Enquête québécoise sur le tabagisme chez les jeunes du secondaire*, 2002.
[15] Ibid., *Enquête sociale et de santé de 1987, 1992-1993 et 1998.*

- Directement lors d'interventions des équipes régionales (tabac, Kino-Québec);
- Par des initiatives des infirmières scolaires (qui disposent de ressources limitées et qui sont souvent affectées à d'autres tâches);
- Par les intervenants psychosociaux des CLSC en milieu scolaire, lorsqu'ils sont disponibles;
- Par des initiatives de parents, de bénévoles ou d'organismes communautaires offrant leurs services aux milieux scolaires (exemple : prévention des toxicomanies et des agressions à caractère sexuel).

De plus, sur le plan de la promotion d'une saine alimentation, aucune intervention ciblant les jeunes en milieu scolaire n'a été développée dans notre région.

Tenant compte de ces constats, nous visons à développer et à mettre en oeuvre une offre de service globale et intégrée en prévention et en promotion auprès des jeunes afin d'atteindre neuf objectifs santé.

**Objectif santé pour 2012**

- **Améliorer l'adoption et le maintien de saines habitudes de vie et de comportements sécuritaires (non-usage du tabac, pratique de l'activité physique, saine alimentation);**
- **Réduire la prévalence de l'excès de poids et de l'obésité tant chez les enfants que chez les adolescents.**

## *Cibles d'action régionales, indicateurs de résultats et partenaires*

**Cibles d'action régionales**

- Pour atteindre les objectifs santé en lien avec le cancer, le Plan d'action régional en santé publique privilégie un secteur et 5 cibles d'intervention.

**Dans le milieu scolaire**

1. Développer et déployer auprès des CLSC un outil de planification des interventions de santé publique en milieu scolaire qui couvre entre autres le domaine suivant :
   - Saines habitudes de vie (tabagisme, activité physique et habitudes alimentaires);
2. Coordonner, avec le ministère de l'Éducation du Québec, région Laval-Laurentides-Lanaudière, la mise en oeuvre de l'entente de complémentarité entre le réseau de la santé et des services sociaux et le réseau de l'éducation;
3. Soutenir le déploiement d'écoles en santé selon les paramètres développés dans le guide à l'intention du milieu scolaire et de ses partenaires «*Écoles en santé, pour le bien-être et la réussite éducative de tous les jeunes*»[16]dans tous les territoires de la région;
4. Contribuer à la révision de la Politique québécoise en matière de nutrition et aux orientations en matière d'alimentation en milieu scolaire;

[16] *Écoles en santé, pour le bien-être et la réussite éducative de tous les jeunes* est une production conjointe du MEQ, du MSSS et de l'INSPQ qui sera présentée aux JASP 2003, puis proposée par le MEQ à toutes les écoles du Québec au début de l'année 2004. Ce guide présente une nouvelle manière d'intervenir auprès des jeunes (et de leurs familles), tant à l'école que dans la collectivité, afin de favoriser leur développement optimal (aux plans personnel et social).

5. Promouvoir la création d'environnements favorables de même que de contextes sécuritaires et accessibles favorisant la pratique de l'activité physique prioritairement en milieu défavorisé (Québec en forme).

**Indicateurs de résultats pour 2007**

**Dans le milieu scolaire**

- Pour l'atteinte de la cible 1 : implantation de l'outil de planification POP santé :
  - De 2004 à 2007, avoir obtenu la participation de 75 % des écoles primaires et secondaires du territoire à au moins un programme de promotion des saines habitudes de vie et de comportement sain et sécuritaire et un programme de développement des compétences sociales ;
- Pour l'atteinte de la cible 2 : mise en oeuvre de l'entente de complémentarité MEQ-MSSS ;
- Pour l'atteinte de la cible 3 : soutien à l'implantation d'écoles en santé selon le guide à l'intention du milieu scolaire et de ses partenaires «*Écoles en santé, pour le bien-être et la réussite éducative de tous les jeunes*» ;
- Pour l'atteinte de la cible 4 : portrait régional des politiques nutritionnelles en milieu scolaire ;
- Pour l'atteinte de la cible 5 : concertation avec la Fondation Chagnon pour une intégration des projets «*Québec en forme*» dans les planifications de santé publique de la DRSP et des CLSC.

**Partenaires**

- DRSP
- CLSC

## *Les cancers d'origine environnementale (peau, poumon)*

La vocation touristique de la région contribue à favoriser l'exposition de la population aux rayons du soleil, ce qui augmente le risque de contracter un cancer de la peau.

De plus, il existe un problème important de contamination de l'air intérieur par le radon dans certaines zones très délimitées, principalement situées sur les territoires des CLSC d'Argenteuil et Jean-Olivier-Chénier. Une intervention de la Direction de santé publique auprès des résidents de ces zones a déjà été organisée et devra être poursuivie au cours des prochaines années.

Finalement, un programme visant la diminution de l'exposition aux fibres d'amiante dans l'air, au sein des établissements scolaires et des établissements de santé, constitue une priorité.

**Objectifs santé pour 2012**

- **Diminuer l'incidence des cancers de la peau;**
- **Réduire l'incidence des cancers du poumon dus à l'exposition à l'amiante, de même que ceux dus au radon dans une zone particulière de la région des Laurentides.**

## *Cibles d'action régionales, indicateurs de résultats et partenaires*

**Cibles d'action régionales**

- Participer au suivi de l'enlèvement ou à la réparation du flocage d'amiante dans les bâtiments scolaires déjà identifiés et soutenir l'évaluation de la présence d'amiante dans tous les établissements de soins de santé;
- Participer au suivi du programme d'aide financière pour le radon à Oka;
- Informer les parents concernant les moyens efficaces de protéger leurs enfants de 0 à 5 ans contre les rayons ultraviolets.

**Indicateurs de résultats pour 2007**

- Conseiller, à leur demande, les gestionnaires des établissements de soins de santé concernant les risques à la santé liés à l'amiante ;
- Soutenir, par le biais des équipes de santé au travail, tous les établissements de santé de la région dans l'évaluation de la présence d'amiante et les commissions scolaires dans les démarches visant à réparer ou enlever le flocage d'amiante de leurs bâtiments;
- Informer l'ensemble de la population exposée au radon sur les mesures à prendre et fournir l'aide appropriée pour apporter les mesures de mitigation;
- Développer une stratégie d'information sur les rayons UV, destinée aux parents d'enfants de 0 à 5 ans.

**Partenaires**

- DRSP
- CLSC

Dans ce Plan d'action régional, la Direction de santé publique identifie également des actions de surveillance de l'état de santé de la population des Laurentides.

Ces activités permettent de décrire et d'analyser l'état de santé de la population en ce qui concerne les problèmes, les facteurs de risque, les déterminants, les écarts et les tendances. Cet exercice sert à informer la population, à soutenir le processus de décision et de planification, ainsi qu'à réviser les orientations grâce au suivi des indicateurs de résultats.

Finalement, la Direction de santé publique prend, dans son Plan d'action régional, la responsabilité de mener certaines recherches appliquées qui permettront de documenter, par une enquête auprès des médecins, le niveau de prestation des pratiques cliniques préventives (counselling, dépistage) de même que les barrières et les besoins perçus pour améliorer ces pratiques. Cette enquête lui permettra de mieux cibler les actions auprès des médecins, pour travailler avec eux à lutter ensemble contre les facteurs de risque de la maladie et accentuer le réflexe de « maintenir en santé ».

Le Plan d'action régional de santé publique 2004-2007 représente l'offre de service de base échelonnée sur trois ans qui a fait consensus auprès de l'ensemble des CLSC de la région des Laurentides. Il tient compte à la fois des cibles prioritaires du Programme national en santé publique et de la réalité et des particularités de notre région. Un bilan des ressources impliquées en santé publique dans les CLSC de la région a été fait au début de l'année 2004.

Les plans d'action locaux, rédigés par chaque CLSC définiront, quant à eux, l'ensemble des actions prévues sur le terrain pour atteindre les résultats attendus d'ici trois ans. La détermination des différentes

cibles a été réalisée conjointement entre les CLSC et la Direction de santé publique. Ces plans d'action locaux permettront de déterminer avec plus de précision l'offre de service qui sera proposée dans chacun des réseaux locaux. La détermination de ces actions, avec le plus de précision possible, permettra de valoriser la mission CLSC en promotion/prévention dans les futurs réseaux locaux des Laurentides.

## Volet II : Les services locaux, régionaux et suprarégionaux d'investigation, de traitement et de soutien

### *La valorisation de la prise en charge de la personne atteinte par les médecins de famille*[17]

Les activités des médecins de famille, sont pour la plupart des activités de 1ère ligne effectuées en cabinet privé ayant comme particularité le paiement du médecin de famille en fonction des caractéristiques du patient et non de la complexité particulière des gestes posés auprès de cette clientèle vulnérable. Il existe un incitatif à prendre en charge cette clientèle vulnérable avec un forfait associé à chaque visite pour le médecin de famille. Ce forfait est actuellement établi en fonction de la présence ou de l'absence de radiothérapie ou de chimiothérapie. Il n'y a pas de forfait si le médecin n'est pas le médecin de famille. À cet égard, le comité du CQLC recommande d'élargir la définition de clientèle vulnérable à toute personne atteinte de cancer à l'exception de celle qui est atteinte de cancers cutanés baso-cellulaires.

Les membres de ce comité de travail ajoutent que la prise en charge et le suivi, notamment celui des personnes atteintes de maladies chroniques (incluant le cancer) par un médecin de famille, doivent être reconnus comme une activité prioritaire de suivi de clientèle vulnérable par les médecins de famille. Les médecins doivent être outillés pour travailler davantage en réseau, en lien avec les équipes de soins pour répondre aux besoins des patients. Pour ce faire, il faut que ces modes nouveaux de pratique soient encouragés par des modalités nouvelles de rémunération.

Ce comité de travail recommande par ailleurs la création et l'utilisation de formulaires types afin de favoriser une meilleure communication entre les intervenants et, ainsi la personne atteinte de cancer ne sera plus utilisée comme le véhicule d'information. Le but de ces formulaires est de recevoir une information standardisée quelle que soit la région où l'on exerce. À cet effet, deux formulaires types pourraient être développés :

- *Formulaire de référence en spécialité*, soit du médecin de première ligne vers le spécialiste;
- *Formulaire de référence aux médecins de famille*, soit du spécialiste vers le médecin de famille.

Le Comité des représentants de la population atteinte de cancer du CQLC va dans le même sens en recommandant de *favoriser le développement d'outils de communication standardisés de façon concertée entre les divers établissements et paliers, professionnels de soins, plus particulièrement entre le médecin traitant - spécialiste et le médecin de famille de la personne atteinte de cancer.* [18]

Les membres du *Comité de la première ligne médicale de lutte contre le cancer* du CQLC ont maintes fois mentionnés les différents problèmes rencontrés par les médecins de famille pour lutter efficacement contre le cancer tels que le manque de temps, le manque de connaissances, les difficultés d'accès aux guides de pratique, les méconnaissances des réseaux communautaires, l'accès difficile aux spécialistes en oncologie, les problèmes de communication, les nouveaux rôles à définir et la tarification inadéquate.

---

[17] CONSEIL QUÉBÉCOIS DE LUTTE CONTRE LE CANCER, Comité de la première ligne médicale de lutte contre le cancer, *AVIS Le médecin de famille et la lutte contre le cancer*, DOCUMENT DE TRAVAIL, MSSS, Québec, 2004.

[18] CONSEIL QUÉBÉCOIS DE LUTTE CONTRE LE CANCER, Comité des représentants de la population atteinte de cancer, *Besoins des personnes atteintes de cancer et leurs proches au Québec*, DOCUMENT DE TRAVAIL, MSSS, Québec, Février 2004, page 17.

Les membres de ce comité demeurent convaincus que l'amélioration du réseau doit passer par l'amélioration des communications entre les différents intervenants impliqués et par une transmission plus rapide et fluide de l'information. Il faut impliquer d'emblée les médecins de famille dans la lutte contre le cancer en les consultant, en les sensibilisant et en les intéressant davantage aux changements à opérer pour améliorer leurs interventions. Les actions mises en place pour implanter le programme de lutte contre le cancer et améliorer vraiment les soins et les services doivent d'abord être connues et acceptées par les intervenants du terrain sinon elles seront inefficaces et inutiles.

Dans le cadre du renforcement de la participation de la première ligne à la lutte contre le cancer dans la région des Laurentides, nous proposons les stratégies suivantes :

## *Cibles d'action régionales, indicateurs de résultats et partenaires*

**Cibles d'action régionales pour 2007**

- En partenariat avec le Département régional de médecine générale (DRMG), l'Agence et le Comité de lutte contre le cancer des Laurentides, avoir organisé des activités d'information (ex. : soirée d'information, colloque régional) et développé des outils de communication (ex. : bulletin, site Internet) afin de rejoindre tous les omnipraticiens oeuvrant en cliniques privées, en CLSC et en GMF afin de les interpeller face aux enjeux de l'implantation du Programme québécois de lutte contre le cancer.
- En partenariat avec le DRMG et l'Agence, avoir rencontré toutes les équipes interdisciplinaires en oncologie et toutes les directions générales des réseaux locaux afin de les informer sur l'importance d'impliquer, par des outils standardisés de communication, les omnipraticiens lors des étapes d'investigation, de diagnostic, de traitement, de soins palliatifs, de soutien et de suivi.
- Avoir implanté l'utilisation par toutes les équipes interdisciplinaires d'oncologie d'outils standardisés (tel que recommandé par le *Comité de la première ligne médicale de lutte contre le cancer*) visant la circulation des informations pertinentes relatives aux personnes atteintes de cancer entre les omnipraticiens et les spécialistes des équipes interdisciplinaires en oncologie.

**Indicateurs de résultats pour 2007**

- Nombre d'activités d'information tenues, nombre d'omnipraticiens des Laurentides présents lors de ces événements par territoire de réseau local, types d'outils de communication développés, nombre d'omnipraticiens rejoints par la diffusion de ces outils par territoire de réseau local.
- Nombre de rencontres avec des équipes interdisciplinaires en oncologie, nombre de participants par discipline et par territoire de réseau local, nombre de rencontres avec les directions générales des réseaux locaux, nombre de participants.
- Nombre d'équipes interdisciplinaires en oncologie et nombre d'omnipraticiens par territoire de réseau local qui utilisent les formulaires types tels le *Formulaire de référence en spécialité* (soit du médecin de première ligne vers le spécialiste) et le *Formulaire de référence aux médecins de famille* (soit du spécialiste vers le médecin de famille).

**Partenaires**

- Au niveau régional : Agence, DRMG, Comité de lutte contre le cancer des Laurentides.
- Au niveau local : omnipraticiens, membres des équipes interdisciplinaires d'oncologie, membres des directions générales des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux.

## *Les équipes interdisciplinaires d'oncologie*

Le modèle d'organisation proposé par le Programme québécois de lutte contre le cancer est basé sur la hiérarchisation des services rendant imputables des instances spécifiques pour une mission locale, régionale ou suprarégionale. Dans les Laurentides, l'implication d'une telle structure basée sur la notion de subsidiarité implique :

- la mise en place d'équipes interdisciplinaires en oncologie aux paliers local et régional et la désignation de corridors de service formels avec le palier suprarégional;
- la constitution d'équipes locales offrant le plus de services possible, répondant à des critères de qualité reconnus, près du milieu de vie de la personne atteinte de cancer et à l'intérieur du réseau local de services de santé et de services sociaux;
- la reconnaissance d'une responsabilité locale et régionale des équipes suprarégionales situées en région urbaine (en ce qui nous concerne Montréal) pour la clientèle de certains territoires de proximité (par exemple les Laurentides) qu'ils desservent;
- la concentration de l'expertise tout en privilégiant la régionalisation des services par la mise en place de mécanismes de gestion de la qualité (guides de pratique, audit, comité des thérapies du cancer) et l'utilisation de nouvelles technologies;
- le développement d'un partenariat étroit et soutenu entre les hémato-oncologues ou les oncologues médicaux, les chirurgiens, les radio-oncologues, les autres médecins spécialistes, les médecins de famille et les membres des équipes interdisciplinaires dans l'application des nouvelles pratiques proposées par le Programme québécois de lutte contre le cancer;
- la mise en place de mécanismes assurant la continuité entre les équipes, de même qu'entre les établissements, et ce, pendant et entre les épisodes de soins, de manière à favoriser une réponse optimale aux besoins des personnes atteintes de cancer et de leurs proches et éviter ainsi toute rupture de services.

Ainsi, un processus formel de reconnaissance et de désignation d'équipes interdisciplinaires en oncologie par les autorités compétentes se fera en fonction :

- de critères d'accessibilité, de continuité et de qualité des services;
- des dispositions prévues par la loi;
- des exigences de fonctionnement en réseau.

### Les mécanismes indispensables à l'intégration des services

Avant de décrire plus précisément la mission des équipes interdisciplinaires en oncologie des paliers local, régional et suprarégional, rappelons que l'intégration des services se traduira pour la personne atteinte d'un cancer par un parcours thérapeutique optimal. Chaque équipe interdisciplinaire devra donc identifier celui-ci pour un siège tumoral donné et le comparer au parcours thérapeutique existant de manière à identifier les écarts et y apporter les bonifications nécessaires. Les mécanismes de l'intégration des services correspondent aux piliers déjà identifiés dans le PQLC à savoir, l'interdisciplinarité, l'infirmière pivot et les outils de communication[19].

[19] Inspiré de : MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, Direction des affaires médicales et universitaires, *Le continuum de services pour les personnes atteintes de cancer et leurs proches, Paramètres d'organisation*, Programme québécois de lutte contre le cancer, DOCUMENT DE TRAVAIL, version Février 2004.

### *L'interdisciplinarité*

L'organisation de services oncologiques proposée par le PQLC repose sur la mise en place d'équipes interdisciplinaires. Rappelons que l'interdisciplinarité signifie le :

> *Regroupement de plusieurs intervenants ayant une formation, une compétence et une expérience spécifiques qui travaillent ensemble à la compréhension globale, commune et unifiée d'une personne en vue d'une intervention concertée à l'intérieur d'un partage complémentaire des tâches.*[20]

Le fonctionnement en interdisciplinarité a de nombreux avantages quant à :

- L'**accessibilité**, car les échanges entre les intervenants entraînent la mise en commun de l'expertise et des ressources et contribuent ainsi à diminuer les délais;
- La **coordination** et la **continuité**, par une cohérence accrue des actions posées et des messages transmis, par la circulation de l'information pertinente et grâce à une approche concertée entre les intervenants, favorisant un enchaînement temporel et logique des interventions;
- La **qualité** par une utilisation de protocoles cliniques basés sur des données probantes, une standardisation des pratiques reposant sur des normes et une amélioration de la compétence des intervenants.

Il va sans dire que pour assurer un fonctionnement interdisciplinaire optimal, chaque membre de l'équipe interdisciplinaire doit cautionner ce type de fonctionnement et s'y engager personnellement. Au sein des équipes, il est notamment essentiel de :

- S'assurer qu'une évaluation initiale de l'ensemble des besoins et du contexte de vie de la personne atteinte et de son entourage est effectuée et que tous les membres de l'équipe en sont informés;
- Collaborer avec le médecin de famille de la personne atteinte;
- Se préoccuper, dans le cadre du travail, de rejoindre, d'utiliser et de mettre en commun l'expertise des membres de l'équipe, et ce, au profit de la personne malade;
- Collaborer à l'évaluation du programme cancer et des services, au monitorage des activités cliniques et à l'évaluation de la satisfaction de la clientèle;
- Participer à un comité des thérapies du cancer.

Afin de favoriser le travail en équipe, le partage de l'expertise, le maintien et le développement des compétences, les moyens suivants peuvent être utilisés :

- Des échanges formels sur les situations cliniques où participent tous les membres de l'équipe. Ces rencontres ont une structure de présentation des situations des personnes atteintes et de leurs proches, de leurs symptômes biopsychosociaux et de proposition de stratégies d'intervention des divers membres de l'équipe. Les stratégies retenues sont inscrites au dossier des personnes malades;

---

[20] Hébert R. (1997) dans MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, Comité de soutien à la qualité du Programme québécois de dépistage du cancer du sein, *Le fonctionnement interdisciplinaire dans le cadre de l'investigation*, Québec, Décembre 2001, page 2. Cité dans *Le continuum...* page 16.

- Des échanges formels sur les aspects opérationnels, ou réunions à caractère administratif à fréquence définie, portant sur les modes de dispensation des services de l'équipe, sur le soutien à ses membres, sur l'évaluation de l'offre de service et de la satisfaction de la clientèle et du personnel;
- Des activités de formation, du soutien aux professionnels et des séances de co-développement;
- Une participation active au comité des thérapies du cancer; l'équipe régionale a la responsabilité de le former et d'y assurer la présence des équipes locales.

***L'infirmière pivot***

L'infirmière pivot est une intervenante de référence, et ce, tout au long du continuum de soins et de services, pour la personne atteinte de cancer et sa famille. Il est requis que la fonction soit occupée par une infirmière bachelière ayant une expertise en oncologie. Telles que définies par le CQLC[21], ses principales fonctions sont :

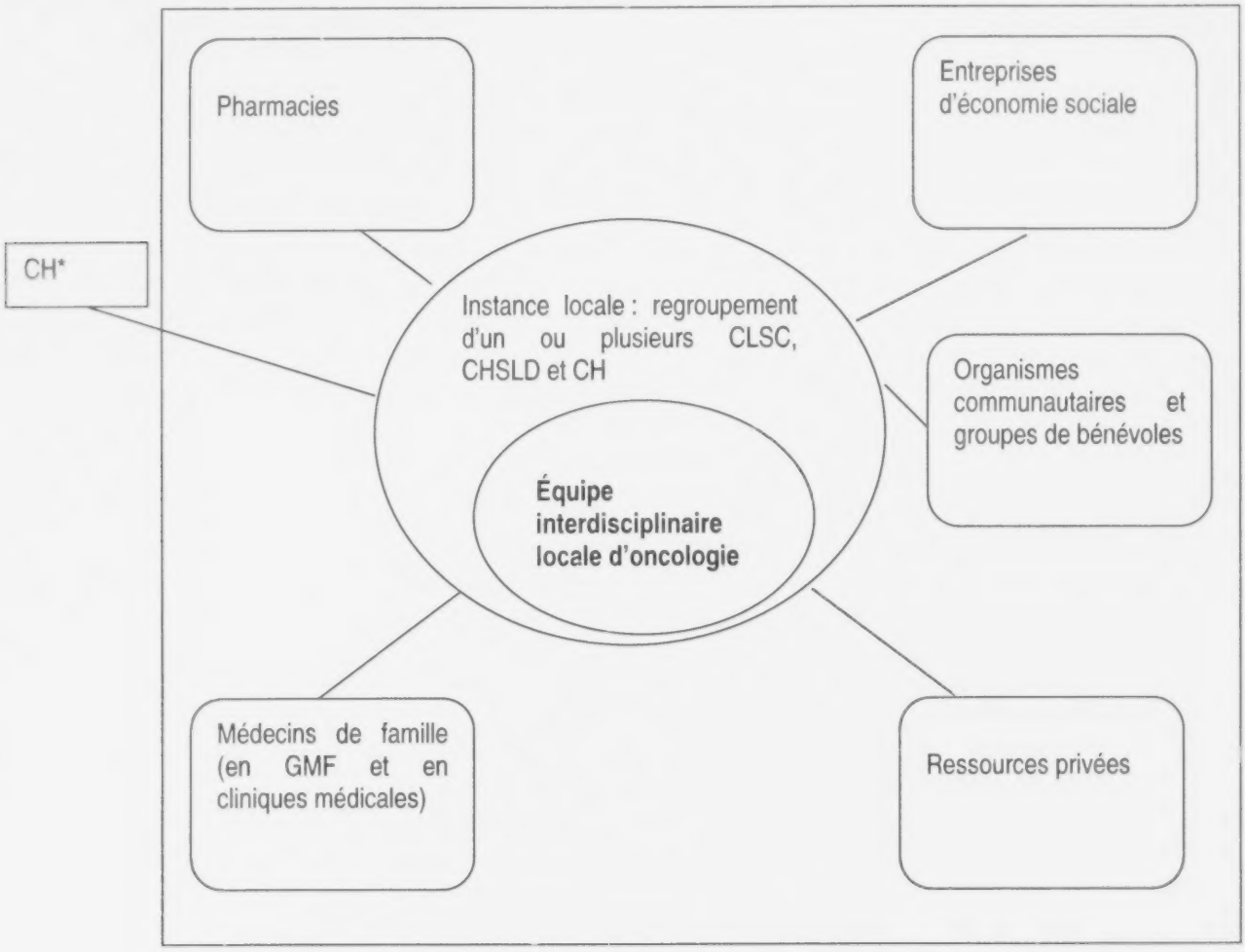
- D'évaluer et de répondre aux besoins de la personne atteinte de cancer et de ses proches;
- D'informer la personne malade et son entourage;
- De soutenir la personne atteinte et sa famille;
- De s'assurer de la continuité des interventions entre les professionnels et entre les lieux de traitement.

***Des outils de communication standardisés***

Lorsque les soins oncologiques deviennent de plus en plus complexes, la coordination et la communication entre les prestataires de soins sont essentielles. L'utilisation d'outils de communication standardisés à l'échelle nationale tels des formulaires de cueillette d'information, des protocoles de référence, un carnet-patient, des formulaires de requête, un dossier-patient informatisé, un registre des cancers et la formalisation des ententes entre les établissements afin d'assurer des corridors de service efficaces et durables faciliteront grandement un échange d'information rapide et efficace entre les équipes tout en renforcissant les liens entre elles.

[21] Consultez pour plus de détails : CONSEIL QUÉBÉCOIS DE LUTTE CONTRE LE CANCER, *L'intervenant pivot en oncologie, un rôle d'évaluation, d'information et de soutien pour le mieux-être des personnes atteintes de cancer*, Québec, novembre 2000, 42 pages.

Voici, de manière illustrée, les partenaires d'un réseau local d'oncologie :[22]




* Une instance locale pourrait ne pas inclure un centre hospitalier en raison de l'absence d'une telle structure de services sur son territoire ou de complexité d'intégrer ou de regrouper ces services.

[22] Inspiré de : MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, Direction des affaires médicales et universitaires, *Le continuum de services pour les personnes atteintes de cancer et leurs proches, Paramètres d'organisation*, Programme québécois de lutte contre le cancer, DOCUMENT DE TRAVAIL, version Février 2004.

### *L'équipe interdisciplinaire[23] locale d'oncologie[24]*

#### Mission

Offrir des services de soins généraux, occasionnellement spécialisés, et un enseignement de base à la personne atteinte du cancer et à ses proches.

#### Mandat

- L'équipe locale est responsable, à l'intérieur du réseau local de services de santé et de services sociaux, de développer et de maintenir, pour la personne atteinte et ses proches, un accès facile à la gamme de services en oncologie dont ils peuvent avoir besoin.
- Elle partage la vision d'un réseau de services intégrés avec les partenaires du bassin de desserte de son territoire local (tel qu'illustré précédemment).
- Elle crée et maintient des liens formels avec les équipes régionales et suprarégionales.
- Elle privilégie les mécanismes favorisant la participation de la personne atteinte et de ses proches à l'organisation des services.

#### Territoire couvert

- Le bassin de desserte de l'équipe locale est défini de façon précise par l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux des Laurentides.
- Toutes les personnes atteintes de cancer dans les Laurentides doivent pouvoir se référer à une équipe locale peu importe leur lieu de résidence.

#### Composition[25]

<u>De façon obligatoire</u>

- ✓ Chef médical;
- ✓ Infirmière dédiée à l'oncologie;
- ✓ Infirmière pivot;
- ✓ Hématologue/oncologue médical;
- ✓ Chirurgien général;
- ✓ Pharmacien;
- ✓ Nutritionniste;
- ✓ Intervenant psychosocial;
- ✓ Intervenant en réadaptation.

---

[23] Une équipe interdisciplinaire est un regroupement de représentants de diverses disciplines qui participent ensemble à l'évaluation, à la planification ou à la mise en œuvre des services offerts aux clients et aux groupes et qui interagissent afin d'atteindre des buts communs.

[24] Inspiré de : MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, Direction des affaires médicales et universitaires, *Le continuum de services pour les personnes atteintes de cancer et leurs proches, Paramètres d'organisation*, Programme québécois de lutte contre le cancer, DOCUMENT DE TRAVAIL, version Février 2004.

[25] L'expertise en hémato-oncologie, oncologie médicale ou chirurgie doit nommément être désignée et faire partie de l'équipe locale. Toutefois, le lieu de pratique principal du spécialiste détenant cette expertise peut être au centre hospitalier régional.

Collaborateurs directs du réseau local :

- ✓ Intervenant de CLSC;
- ✓ Bénévole;
- ✓ Représentant des personnes atteintes;
- ✓ Intervenant ou équipe de soins palliatifs de fin de vie;
- ✓ Dentiste;
- ✓ Agent de pastorale.

**Critères de désignation axés sur :**

**L'accessibilité**

- L'équipe locale offre des soins généraux pour tous les sièges de cancer.
- L'équipe locale maintient un accès à l'expertise en termes de services de soutien[26] de base.
- L'équipe locale s'assure que :
  - les besoins de la personne atteinte soient identifiés lors d'une évaluation systématique (évaluation des besoins biopsychosociaux de la personne atteinte et de ses proches);
  - les interventions soient planifiées, les traitements soient effectués et coordonnés, les soins et services soient évalués (élaboration d'un plan d'intervention);
  - les traitements soient effectués de manière coordonnée;
  - les soins et les services soient évalués.
- L'équipe locale a accès à des ressources diagnostiques dans le réseau local ou ailleurs (pathologie, imagerie médicale, etc.) pour évaluer la maladie et son étendue.
- L'équipe locale maintient un accès formel à l'expertise régionale et suprarégionale pour les cas difficiles et complexes.
- L'équipe locale assure à la personne atteinte un accès direct pour traiter les complications courantes reliées aux traitements effectués.
- L'équipe locale a l'expertise, l'environnement et les ressources matérielles et financières pour procéder à l'administration de protocoles de chimiothérapie standards chez l'adulte[27].
- L'équipe locale s'appuie sur la participation régulière de chirurgiens généraux pour assurer les services aux personnes atteintes d'un cancer du sein ou du cancer colorectal selon les normes en vigueur. Les modalités relatives à cette participation doivent être établies.
- Le médecin de famille peut facilement référer son patient à l'équipe locale.

**La coordination et la continuité**

- L'équipe locale établit et maintient des liens concrets (communication) avec tous les partenaires de son bassin de desserte, particulièrement :
  - ✓ Le médecin de famille de la personne atteinte ou les groupes médicaux;
  - ✓ Les services ambulatoires de proximité (CH, CLSC);
  - ✓ L'équipe de soins palliatifs de fin de vie.

[26] Le concept de soutien réfère à un ensemble de services et de soins offerts à la personne atteinte du cancer et à ses proches visant à favoriser l'adaptation à la maladie et la réadaptation. Les dimensions touchées : physique, psychologique, émotionnelle et sociale, spirituelle, pratique et relative à l'information.

[27] Concernant la clientèle pédiatrique, toute prise en charge par une équipe locale doit se faire selon les protocoles reconnus et en partenariat avec une équipe suprarégionale d'oncologie pédiatrique.

- ✓ Les organismes communautaires;
- ✓ Les cliniques dentaires.

- L'équipe locale établit un arrimage fonctionnel avec une ou des équipes de soins palliatifs de fin de vie.
- L'équipe locale convient avec l'équipe régionale de l'utilisation d'outils cliniques (guide de pratique, protocole de référence, outil de communication, etc.).

**La qualité**

- L'équipe locale respecte les conditions d'organisation des services définies selon des normes de délais raisonnables, des mécanismes de communication et de formation.
- L'équipe locale est affiliée à un comité des thérapies du cancer[28].
- L'équipe locale se réfère à des guides de pratique convenus avec l'équipe régionale.
- L'équipe locale collabore à l'évaluation et au monitorage des interventions.
- Le chef médical s'assure du fonctionnement interdisciplinaire et du soutien des membres de l'équipe dans leur travail quotidien.
- Pour permettre l'intégration clinique et pour améliorer la qualité des services, l'équipe locale examine le parcours de clientèles cibles (ex. : cancer du sein ou colorectal) et le compare au parcours optimal afin d'identifier les écarts à combler.

## *Cibles d'action régionales, indicateurs de résultats et partenaires*

**Cible d'action régionale pour 2005**

- Dans les Laurentides, sous la responsabilité de l'Agence et en partenariat avec les directions générales des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux, avoir désigné provisoirement, par l'entremise de la *Fiche descriptive de l'équipe locale*[29], une équipe locale interdisciplinaire en oncologie dans au moins le tiers des réseaux de services rencontrant les conditions minimales suivantes : un chef d'équipe mandaté, une infirmière pivot, un intervenant psychosocial et des liens fonctionnels établis avec les intervenants en soins palliatifs et les réseaux locaux de services.

---

[28] Les comités des thérapies du cancer (CTC) regroupent les spécialistes du cancer afin de permettre des discussions scientifiques sur les cas complexes et de proposer aux médecins traitants des orientations concernant la bonne pratique médicale et les meilleurs traitements basés sur les données probantes ou la recherche. Ces comités doivent évaluer et stimuler l'évolution de la pratique médicale des équipes interdisciplinaires dans leur région et émettre toute recommandation pertinente à l'amélioration continue de cette pratique. Les CTC suprarégionaux doivent être constitués par siège tumoral. À la demande des équipes locales ou régionales, ou selon les besoins, et en collaboration avec les conseils des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP), les CTC peuvent aussi procéder à des analyses rétrospectives et à des révisions de cas ainsi qu'évaluer le succès ou le taux de complications des gestes thérapeutiques posés par l'équipe d'oncologie, les intervenants ou l'un de leurs partenaires dans un même établissement. Les CTC doivent être vus comme des outils de gestion de la qualité grâce à l'échange d'information, à la formation et à la rétroaction. Ils constituent un mécanisme d'audit externe comparable au comité de révision de l'acte médical d'un CMDP. L'approche préconisée par les CTC doit être basée sur l'ensemble des services à offrir et la concertation, non pas sur l'obligation. Cité dans MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, Direction générale des services de santé et de médecine universitaire, *Le continuum de services pour les personnes atteintes de cancer et leurs proches, Paramètres d'organisation*, Programme québécois de lutte contre le cancer, Avril 2004 d'après *Avis sur l'implantation des comités des thérapies du cancer*, Conseil québécois de lutte contre le cancer (à paraître).

[29] Consultez pour plus de détail l'ANNEXE A.

**Indicateur de résultat pour 2005**

- Le nombre d'équipes interdisciplinaires locales en oncologie désignées dans les réseaux locaux de services de santé des Laurentides.

**Cibles d'action régionales pour 2007**

- Dans les Laurentides, avoir désigné officiellement par le conseil d'administration de l'Agence, une équipe locale interdisciplinaire en oncologie dans tous les réseaux de services rencontrant les conditions minimales suivantes : un chef d'équipe mandaté, une infirmière pivot, un intervenant psychosocial et des liens fonctionnels établis avec les intervenants en soins palliatifs et les réseaux locaux de services.
- Chaque équipe interdisciplinaire locale d'oncologie devra veiller à ce que le délai entre le moment où un diagnostic présumé de cancer est posé par le médecin spécialiste et le moment où l'intervention chirurgicale à visée curative est effectuée n'excède pas quatre semaines. Ce délai doit inclure les consultations et les analyses nécessaires à la détermination du traitement et à l'évaluation préopératoire ainsi que l'attente de l'admission à l'hôpital. Il est à noter que certaines conditions cliniques exigent une intervention plus rapide que la norme de quatre semaines.[30]
- Chaque équipe interdisciplinaire locale d'oncologie devra, tel que recommandé dans le PQLC[31], effectuer au moins 30 chirurgies du sein par année (dissection axillaire, tumorectomie, mastectomies simples et étendues) afin de maintenir son expertise en la matière.
- Chaque équipe interdisciplinaire locale d'oncologie devra respecter, tel que recommandé dans le PQLC[32], la période d'attente maximale de cinq jours ouvrables entre le moment où le diagnostic est posé et le début de l'administration de la chimiothérapie.
- Chaque équipe interdisciplinaire locale d'oncologie devra, tel que recommandé dans le PQLC[33], recevoir au moins 15 personnes atteintes par semaine afin de maintenir sa compétence et offrir des services de qualité.
- Chaque équipe interdisciplinaire locale devra développer des mécanismes de gestion et d'amélioration continue de la qualité, plus spécifiquement mettre sur pied un Comité des thérapies du cancer. Afin de garantir l'accessibilité aux services d'oncologie dans les meilleurs délais, des ententes de service formelles relieront chacune des équipes interdisciplinaires locales d'oncologie entre elles (ceci inclut les équipes des autres régions qui offrent des services à la population des Laurentides).

**Indicateurs de résultats pour 2007**

- Le nombre d'équipes interdisciplinaires locales en oncologie désignées dans les réseaux locaux de services de santé des Laurentides.
- Le nombre de personnes en attente depuis plus de quatre semaines entre le moment où un diagnostic présumé de cancer est posé et le moment où l'intervention chirurgicale à visée curative est effectuée.
- Le nombre de chirurgies du sein effectuées annuellement par chirurgien, par équipe interdisciplinaire, par territoire de réseau local.
- Le nombre de jours ouvrables entre le moment de l'annonce du diagnostic et le premier traitement de chimiothérapie.
- Le nombre de personnes traitées par semaine par l'équipe locale d'oncologie.

---

30 Consultez pour plus de détails : CONSEIL QUÉBÉCOIS DE LUTTE CONTRE LE CANCER, *Avis sur le traitement chirurgical du cancer*, MSSS, Québec, Août 2001, 20 pages.

31 COMITÉ CONSULTATIF SUR LE CANCER, *Programme québécois de lutte contre le cancer, Pour lutter efficacement contre le cancer, formons équipe*, MSSS, Québec, 1997, page 129.

32 Ibid, page 51.

33 Ibid, page 51.

- Présence d'un Comité local des thérapies du cancer, nombre de réunions, nombre de participants par discipline, présence d'un mécanisme formel de communication avec le Comité régional des thérapies du cancer de l'équipe interdisciplinaire régionale d'oncologie, nombre de communications (lettres, courriels, télécopies, téléphones) entre les deux comités par année, par territoire de réseau local, la signature d'ententes de service formelles par tous les responsables des équipes interdisciplinaires locales d'oncologie offrant des services à la population des Laurentides.

**Partenaires**

- Au niveau régional : Agence.
- Au niveau local : membres des directions générales des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux, membres des équipes interdisciplinaires locales d'oncologie.

***L'équipe interdisciplinaire régionale d'oncologie***

**Mission**

Offrir des services principalement spécialisés et l'enseignement correspondant aux personnes atteintes du cancer. Offrir un enseignement de base et spécialisé aux intervenants de toute la région.
Mener des activités de recherche.

**Mandat**

- L'équipe régionale est responsable de développer et de maintenir, pour la personne atteinte et ses proches, un accès facile à la gamme de services spécialisés en oncologie dont ils peuvent avoir besoin et qui ne sont pas disponibles au sein de l'équipe locale.
- Elle partage la vision d'un réseau de services intégrés, elle crée et maintient des liens avec les équipes locales et suprarégionales.
- Elle est responsable d'offrir l'expertise conseil au niveau local, et ce, pour tous les volets.
- Pour le territoire de proximité, elle peut cumuler le mandat d'une équipe locale.

**Territoire couvert**

- Le bassin de desserte de l'équipe régionale doit être défini par l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux des Laurentides.
- À la demande de l'Agence, l'équipe peut agir comme équipe régionale pour une autre région administrative suite à une entente entre les agences régionales concernées.

**Composition**

*De façon obligatoire :*

- ✓ Chef médical;
- ✓ Infirmière dédiée à l'oncologie;
- ✓ Infirmière pivot;
- ✓ Hématologue/oncologue médical selon le siège;
- ✓ Radio-oncologue;
- ✓ Chirurgien;

- ✓ Pathologiste;
- ✓ Radiologiste;
- ✓ Pharmacien spécialisé en oncologie.

Collaborateurs directs du réseau régional :

- ✓ Intervenant de CLSC;
- ✓ Bénévole;
- ✓ Représentant des personnes atteintes;
- ✓ Représentant de l'agence régionale;
- ✓ Organisme à but non lucratif;
- ✓ Intervenant ou équipe de soins palliatifs de fin de vie;
- ✓ Dentiste;
- ✓ Agent de pastorale;
- ✓ Nutritionniste;
- ✓ Spécialiste en réadaptation selon les sièges couverts;
- ✓ Travailleur social dédié à l'oncologie;
- ✓ Psychologue dédié à l'oncologie.

**Critères de désignation[34] axés sur :**

**L'accessibilité**

- L'équipe régionale doit avoir des liens formels concrétisés dans des ententes et mises à jour périodiquement avec les équipes locales de sa région administrative.
- L'équipe régionale peut être unisiège tumoral ou multisiège tumoral[35];
  - *Unisiège tumoral* : organisation des services qui permet de traiter un seul siège tumoral ; applications des critères du PQLC (à mettre à jour).
  - *Multisiège tumoral* : organisation de services qui permet de traiter les cancers les plus fréquents. Il s'agit d'une équipe de référence pour 3 ou 4 des cancers les plus fréquents (poumon, sein, colorectal et prostate). L'équipe régionale fait de la chirurgie complexe du cancer du sein, colorectal en plus de la chirurgie de base pour cancer du poumon et de la prostate.
- L'équipe régionale a accès à des ressources diagnostiques (pathologie, imagerie médicale, etc.) pour évaluer la maladie complexe et son étendue.
- La radiothérapie fait partie de la gamme de services offerts et ses professionnels sont intégrés dans l'organisation ;
  - son champ d'expertise pour chaque siège tumoral concerne tout ce qui n'est pas d'expertise suprarégionale;
  - il n'est pas nécessaire que le plateau technique soit présent dans l'établissement, toutefois l'expertise en radio-oncologie doit nommément être désignée et faire partie intégrante de l'équipe régionale.

[34] L'équipe régionale a nécessairement une désignation locale et doit répondre aux critères se rapportant à l'équipe locale.

[35] Concernant la clientèle pédiatrique, toute prise en charge par une équipe régionale doit se faire selon les protocoles reconnus et en partenariat avec une équipe suprarégionale d'oncologie pédiatrique.

### La coordination et la continuité

- L'équipe régionale a l'obligation d'établir des liens avec l'équipe suprarégionale.
- L'équipe régionale convient avec les équipes locales et les équipes suprarégionales de l'utilisation d'outils cliniques (guides de pratique, protocoles de référence, outils de communication, etc.).

### La qualité

- L'équipe régionale a un comité des thérapies du cancer, avec une ressource humaine dédiée, et elle facilite la participation des équipes locales.
- L'équipe régionale soutient les équipes locales dans l'examen du parcours thérapeutique des personnes atteintes du cancer et dans les ajustements à apporter pour se conformer au parcours thérapeutique optimal.

## *Cibles d'action régionales, indicateurs de résultats et partenaires*

**Cible d'action régionale pour 2005**

- Dans les Laurentides, sous la responsabilité de l'Agence et en partenariat avec les directions générales des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux, avoir désigné provisoirement, par l'entremise de la *Fiche descriptive de l'équipe régionale*[36], l'équipe régionale pour les sièges tumoraux sein, poumon, prostate et colorectal rencontrant les conditions minimales suivantes : un chef d'équipe mandaté, une infirmière pivot, un intervenant psychosocial et des liens fonctionnels établis avec les intervenants en soins palliatifs et les réseaux locaux de services.

**Indicateur de résultat pour 2005**

- La désignation provisoire de l'équipe interdisciplinaire régionale d'oncologie pour les sièges tumoraux sein, poumon, prostate et colorectal.

**Cibles d'action régionales pour 2007**

*Les cibles citées pour les équipes interdisciplinaires locales s'appliquent nécessairement pour l'équipe régionale. À celles-ci s'ajoutent :*

- Dans les Laurentides, sous la responsabilité de l'Agence et en partenariat avec les directions générales des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux, avoir désigné officiellement l'équipe régionale pour les sièges tumoraux sein, poumon, prostate et colorectal rencontrant les conditions minimales suivantes : un chef d'équipe mandaté, une infirmière pivot, un intervenant psychosocial et des liens fonctionnels établis avec les intervenants en soins palliatifs et les réseaux locaux de services.
- Chaque équipe interdisciplinaire régionale d'oncologie devra veiller à ce que le délai entre le moment où un diagnostic présumé de cancer est posé par le médecin spécialiste et le moment où l'intervention chirurgicale à visée curative est effectuée n'excède pas quatre semaines. Ce délai doit inclure les consultations et les analyses nécessaires à la détermination du traitement et à l'évaluation préopératoire ainsi que l'attente de l'admission à l'hôpital. Il est à noter que certaines conditions cliniques exigent une intervention plus rapide que la norme de quatre semaines.[37]

[36] Consultez pour plus de détail l'ANNEXE A.

[37] Consultez pour plus de détails : CONSEIL QUÉBÉCOIS DE LUTTE CONTRE LE CANCER, *Avis sur le traitement chirurgical du cancer*, MSSS, Québec, Août 2001, 20 pages.

- Chaque urologue de l'équipe interdisciplinaire régionale d'oncologie devra, tel que recommandé dans le PQLC[38], effectuer au moins 25 prostatectomies radicales par année afin de maintenir son expertise et sa comptétence.
- Chaque équipe interdisciplinaire régionale devra développer des mécanismes de gestion et d'amélioration continue de la qualité, plus spécifiquement mettre sur pied un Comité des thérapies du cancer.

**Indicateurs de résultats pour 2007**

*Les indicateurs de résultats cités pour les équipes interdisciplinaires locales s'appliquent nécessairement pour l'équipe régionale. À ceux-ci s'ajoutent :*

- La désignation officielle de l'équipe interdisciplinaire régionale d'oncologie pour les sièges tumoraux sein, poumon, prostate et colorectal.
- Le nombre de personnes en attente depuis plus de quatre semaines entre le moment où un diagnostic présumé de cancer est posé et le moment où l'intervention chirurgicale à visée curative est effectuée.
- Le nombre de prostatectomies radicales, par chirurgien, par équipe régionale d'oncologie, par année.
- Présence d'un Comité régional des thérapies du cancer, nombre de réunions, nombre de participants par discipline, présence d'un mécanisme formel de communication avec les Comités locaux des thérapies du cancer, nombre de communications (lettres, courriels, télécopies, téléphones) entre les deux types de comités par année, par territoire de réseau local.

**Partenaires**

- Au niveau régional : Agence.
- Au niveau local : membres des directions générales des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux, membres des équipes interdisciplinaires locales et de l'équipe régionale d'oncologie.

***L'équipe interdisciplinaire suprarégionale d'oncologie***

Pour le territoire des Laurentides, il n'y a pas de centre hospitalier ayant une mission suprarégionale. Afin d'avoir accès à cette gamme de services ultraspécialisés, les personnes atteintes de cancer de notre région doivent se déplacer, le plus fréquemment à Montréal, afin de les obtenir. Bien que nous n'aurons pas à mettre sur pied une telle équipe, les équipes locales et l'équipe régionale devront obligatoirement établir des ententes formelles de service avec une ou plusieurs d'entres elles. En voici donc sa spécificité.

**Mission**

Offrir des services ultraspécialisés aux personnes atteintes du cancer pour un siège tumoral spécifique.
Faire de l'enseignement universitaire et de la formation.
Procéder à l'évaluation de nouvelles technologies.
Effectuer de la recherche.

**Mandat**

- L'équipe suprarégionale est responsable de développer et de maintenir, pour la personne atteinte et ses proches, un accès facile à la gamme des services ultraspécialisés en oncologie dont ils peuvent avoir besoin et qui ne sont pas disponibles au sein de l'équipe régionale.

[38] COMITÉ CONSULTATIF SUR LE CANCER, *Programme québécois de lutte contre le cancer, Pour lutter efficacement contre le cancer, formons équipe*, MSSS, Québec, 1997, page 144.

- L'équipe suprarégionale partage la vision d'un réseau intégré de services, elle crée et maintient des liens avec les équipes régionales.
- Elle est responsable d'offrir l'expertise pour toute la province ou pour le bassin de desserte identifié. Elle fait partie d'un Réseau universitaire intégré de santé (RUIS) et assure les mandats correspondants.
- Les équipes suprarégionales dédiées à un même siège tumoral seront responsables de se concerter et de collaborer entre elles.

**Territoire couvert**

- Le bassin de desserte est défini par le ministère de la Santé et des Services sociaux.

**Composition**

De façon obligatoire

✓ Sera définie par le MSSS lors de travaux ultérieurs.

Collaborateurs directs

✓ Seront définis par le MSSS lors de travaux ultérieurs.

**Critères de désignation[39] axés sur :**

**L'accessibilité**

✓ Sera définie par le MSSS lors de travaux ultérieurs.

**La coordination et la continuité**

- L'équipe suprarégionale a l'expertise ultraspécialisée disponible en lien avec le siège tumoral visé par la désignation qu'elle détient ou par son expertise dans le traitement des cancers pédiatriques.
- L'équipe suprarégionale a la responsabilité d'établir des liens avec l'équipe locale pour la continuité des services de la personne atteinte dans son milieu de vie, ceci pour les cancers les moins fréquents lorsqu'il n'y a pas d'équipe régionale de proximité.
- D'autres critères seront définis ultérieurement.

**La qualité**

- L'équipe suprarégionale participe, en collaboration avec les autres équipes suprarégionales, à la définition des critères de qualité applicables au siège tumoral qui la concerne.
- D'autres critères seront définis ultérieurement par le MSSS.

[39] L'équipe suprarégionale peut, pour des territoires de proximité, cumuler les mandats d'une équipe locale et régionale. Elle doit répondre aux critères se rapportant à ces équipes.

**Cible d'action nationale pour 2005**[40]

- Maintenir et accroître la capacité d'intervention des services spécialisés en fonction du délai d'accès suivant :
  - À l'intérieur de huit semaines en radiothérapie entre la consultation en radio-oncologie et le début du traitement.

**Indicateur de résultat pour 2005**

- Le nombre de personnes en attente depuis plus de huit semaines.

***La stratégie d'implantation des équipes interdisciplinaires d'oncologie***[41]

Tel que proposé par le Comité aviseur du CQLC, un processus de reconnaissance formel assuré par des entités responsables doit être défini et les modalités opérationnelles reliées à la désignation des équipes interdisciplinaires d'oncologie dans chaque région du Québec doivent être précisées. À cet égard, il recommande les étapes suivantes :

- mettre sur pied un Groupe conseil en oncologie, dont la composition et le fonctionnement seront définis par le MSSS. Ce groupe aura notamment pour mandat :
  - d'élaborer, à partir des paramètres d'organisation du travail des équipes interdisciplinaires en oncologie, des normes générales applicables à l'ensemble des sièges tumoraux, puis des normes par siège tumoral;
  - de transposer ces normes sous la forme de matrice d'évaluation;
  - de mandater des experts pour effectuer le processus d'évaluation des équipes en vue de leur désignation;
- demander aux agences régionales d'identifier les équipes interdisciplinaires en oncologie et les établissements (instance locale, établissement régional, RUIS) de leur territoire pressentis pour la désignation;
- transmettre des renseignements concernant le contexte de la démarche de désignation, les buts poursuivis et les modalités retenues ainsi que remettre des matrices d'évaluation aux équipes et aux établissements proposés par l'agence régionale;
  - les équipes interdisciplinaires et leur(s) établissement(s) prépareront des dossiers en fonction des renseignements et des outils transmis par le Groupe conseil en oncologie;
- effectuer l'analyse des dossiers soumis par les équipes interdisciplinaires et leur(s) établissement(s) en fonction des renseignements et des outils fournis;
- déposer des recommandations en vue de l'amélioration du PQLC et formuler la recommandation de désignation, le cas échéant, aux autorités des équipes interdisciplinaires en oncologie et des établissements;
- accepter des recommandations par le biais d'une résolution formelle du conseil d'administration des agences régionales et acheminer cette dernière au Ministre;
- procéder à la désignation des équipes interdisciplinaires suprarégionales en oncologie (responsabilité du Ministre) et procéder à la désignation des équipes interdisciplinaires en

[40] MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Cahier des charges, document préparatoire à la signature de l'entente de gestion et d'imputabilité à intervenir entre une agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux et le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec*, Québec, Avril 2004, page 31.

[41] Inspiré de : MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, Direction des affaires médicales et universitaires, *Le continuum de services pour les personnes atteintes de cancer et leurs proches, Paramètres d'organisation*, Programme québécois de lutte contre le cancer, DOCUMENT DE TRAVAIL, version Février 2004.

oncologie des paliers local et régional pour une durée de trois ans et consolider le continuum de services (responsabilité des agences régionales).

### *Un suivi postdésignation assuré*

Pour assurer une gestion de programme fondée sur l'amélioration continue de la qualité, il faut se doter de méthodes de gestion par résultat. Entre autres, la Loi sur l'administration publique ainsi que la Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et modifiant diverses dispositions législatives encadrent un processus de reddition de compte formel pour l'ensemble du réseau sociosanitaire : planification stratégique triennale, contrat de performance entre le Ministère et les agences régionales, conventions de gestion entre les agences régionales et les établissements.

Une évaluation et un suivi périodique de la performance du continuum de services doivent être assurés à l'aide d'outils développés à cette fin. Pour soutenir ce processus à long terme, il faudra envisager la mise en place d'un groupe permanent de suivi. Selon les sujets traités (évaluation des services, application des mécanismes d'assurance de la qualité et d'amélioration continue, etc.) des personnes-ressources seront invitées à se joindre à ce groupe. Au niveau national, une attention devra par conséquent être accordée au développement d'indicateurs pertinents.

## *Le soutien offert aux personnes atteintes de cancer et à leurs proches*

Selon les membres du Comité des représentants de la population du CQLC[42], le soutien offert par les divers intervenants en oncologie doit répondre aux besoins exprimés par la personne atteinte d'un cancer mais également par un membre de son entourage. Les acteurs concernés par l'offre de soutien devront, lors de l'implantation du Programme québécois de lutte contre le cancer dans la région des Laurentides, porter une attention particulière quant à la mise en place de stratégies efficaces visant à identifier les besoins des personnes atteintes de cancer et à y répondre de manière efficace. Voici un inventaire de ces besoins.

### *Les besoins d'ordre physique*

Les principaux problèmes rencontrés au plan physique sont : la douleur, la faiblesse, la fatigue, les essoufflements, la perte ou le gain de poids, la perte de mobilité, les troubles du sommeil, l'impuissance et les effets secondaires comme le lymphoedème. L'importance de répondre à ces besoins d'ordre physique est d'autant plus grande qu'elle peut facilement conditionner le cheminement de la personne dans le continuum de soins. Tant que des douleurs physiques et des inconforts sont présents chez une personne atteinte de cancer, il s'avère difficile d'apporter une réponse adéquate aux autres besoins.

### *Les besoins de soutien psychologique et affectif*

Les besoins de soutien psychologique et affectif chez les personnes atteintes de cancer et leurs proches se manifestent bien avant l'annonce du diagnostic. En effet, dès qu'un doute s'installe, il s'accompagne d'une inquiétude psychologique tant chez la personne atteinte que chez ses proches. Le moment de l'annonce du diagnostic s'avère particulièrement crucial à cet égard. Les états de choc émotionnel et de stress intense

---

[42] CONSEIL QUÉBÉCOIS DE LUTTE CONTRE LE CANCER, Comité des représentants de la population atteinte de cancer, *Besoins des personnes atteintes de cancer et leurs proches au Québec*, DOCUMENT DE TRAVAIL, MSSS, Québec, Février 2004, pp. 22-3.

qui accompagnent ce verdict peuvent être suivis par des sentiments de culpabilité, de honte, de perte d'estime de soi et même de rejet. Des problèmes d'ordre sexuel ou cognitif peuvent également se manifester. L'anxiété et la dépression font partie du lot de plusieurs personnes et affectent trop souvent le processus de guérison intimement lié à leur qualité de vie. Des problèmes peuvent également se manifester chez les proches qui vivent beaucoup de souffrance devant la maladie et particulièrement pour les proches aidants de la personne atteinte de cancer. Un soutien psychologique approprié est donc essentiel et doit être disponible au moment opportun.

***Les besoins d'ordre spirituel***

Le sentiment de perte de sens de la vie, de désespoir existentiel et de remise en question des valeurs qui les ont portées jusque là sont au cœur de la réflexion spirituelle des personnes à qui l'on a diagnostiqué un cancer. Ces questionnements sont majeurs et révèlent la nécessité, pour l'être humain, de croire que la vie et la souffrance globale ont un sens. Ces besoins demeurent primordiaux dans le cheminement de la personne atteinte de cancer et de ses proches. Pour y répondre, les intervenants du réseau peuvent offrir des conseils au sujet des diverses préoccupations et des valeurs d'ordre spirituel des personnes.

***Les besoins d'ordre matériel, financier et pratique***

Les besoins de soutien matériel, financier et pratique peuvent devenir, au fur et à mesure que la maladie progresse, des préoccupations très importantes, sinon vitales. La nécessité, sinon l'obligation, qu'on y apporte les solutions pertinentes n'est plus à démontrer. L'infirmière pivot joue un rôle clé dans l'identification des ressources adéquates en regard des besoins manifestés par la personne atteinte de cancer et ses proches. Quand le proche choisit d'accompagner la personne atteinte de cancer de façon permanente et se voit dans l'obligation de quitter son emploi, ne serait-ce que pour un temps bien déterminé, des problèmes financiers peuvent surgir. De plus, les besoins de soutien et d'équipement en adaptation et réadaptation sont mentionnés notamment lorsque les soins s'intensifient au domicile et plus particulièrement dans les derniers moments de la vie. D'une réponse à ces besoins peut dépendre le maintien ou non au domicile, si souvent privilégié par rapport au séjour en établissement hospitalier ou même en résidence spécialisée en soins palliatifs.

L'ensemble des intervenants soulignent que les services organisés de transport permettent à la personne atteinte de cancer de recevoir les traitements nécessaires à son état. Bien des personnes, même si elles demeurent dans des environnements bien pourvus en services de transport, sont incapables de les utiliser, compte tenu de leur condition. Il arrive aussi régulièrement que les soins soient prodigués loin de la résidence et que les moyens de transport disponibles ne soient pas adéquats. Ceci est régulièrement le cas quand des traitements de radiothérapie s'imposent, ce qui est le cas pour environ 50 % des personnes atteintes de cancer. Le temps requis par l'intensité des soins en oncologie s'étale souvent sur plusieurs semaines sinon plusieurs mois. C'est pourquoi une organisation de services adéquate est exigée afin de répondre aux besoins réels. Toutes ces situations provoquent anxiété, inquiétude et fatigue inutiles. C'est d'autant la réalité des personnes qui n'ont pas toujours la possibilité de se déplacer lorsqu'ils résident en région éloignée. Ces situations peuvent même interférer sur les soins car certaines personnes atteintes refusent des traitements à cause des obligations qui y sont reliées. Des services d'accompagnement, d'aide domestique, de répit et de dépannage doivent également être mis à la disposition des personnes atteintes.

### *Les besoins d'ordre sociopolitique : La personne atteinte et ses proches en tant qu'acteurs principaux de la lutte*

Être diagnostiquée *personne atteinte de cancer* peut avoir des répercussions importantes au plan social. La difficulté d'apprivoiser son nouveau rôle social de personne atteinte d'une maladie qui fait peur et qui tue trop souvent s'avère l'un des éléments majeurs de la problématique sociale au regard du cancer. Le besoin qu'on reconnaisse son utilité sociale, de même que ses droits et ses devoirs, est essentiel tout au long du continuum de soins, dès l'annonce du diagnostic jusqu'aux soins palliatifs et aux soins de fin de vie.

Bien que certaines personnes se fient complètement à leur médecin, croyant en sa compétence et faisant confiance à la technologie, il serait bon d'encourager celles qui le souhaitent à s'impliquer davantage dans les choix et décisions qui les concernent. Dans bien des cas, l'habilitation et l'usage des forces internes et externes de la personne atteinte sont sous-exploités par les professionnels de soins et de soutien.

Il est recommandé que les professionnels de la santé favorisent dans leur pratique l'implication de la personne atteinte dans les processus décisionnels, notamment en ce qui concerne les modalités de traitement et d'évaluation avec la personne atteinte des impacts qui y sont reliés.

### *Une évaluation systématique des besoins des personnes atteintes de cancer*

Les besoins des personnes atteintes étant diversifiés et pouvant changer selon les étapes de la maladie, il est fortement recommandé que chaque personne atteinte de cancer et prise en charge par une équipe interdisciplinaire en oncologie fasse l'objet d'une évaluation détaillée par l'entremise de l'infirmière pivot. Cette rencontre initiale permettra de faire un inventaire des besoins de la personne qui pourront être réévalués en cours de route. Une meilleure connaissance des besoins de la personne permettra à l'infirmière pivot lors des rencontres d'équipe de mieux cibler les interventions avec les autres membres de l'équipe, de référer aux besoins cette personne vers d'autres ressources et d'impliquer plus activement la personne atteinte de cancer dans les prises de décision la concernant. Afin de mieux outiller les intervenants impliqués en oncologie des Laurentides, nous proposons les actions suivantes.

### *Le besoin d'information*

Les membres du Comité des représentants de la population du CQLC soulignent que les besoins informationnels sont de plusieurs ordres. On note un besoin d'information lié aux domaines médical, juridique, à l'emploi ou à l'éducation, psychologique, ressources de soutien du milieu, fiscal, etc. En ce qui concerne les informations d'ordre médical, les personnes atteintes de cancer expriment le besoin de consulter leur dossier médical, de recevoir en copie conforme tous les rapports des examens subis lorsque c'est possible, et de consulter un autre médecin pour une deuxième opinion. De plus, les personnes désirent obtenir de l'information de qualité et la stricte vérité en ce qui concerne leur dossier et les possibilités de traitement. Ceci leur permet de mieux participer au processus décisionnel qui s'opère entre la personne atteinte de cancer et l'équipe de professionnels de soins et de soutien. Connaître les services de soutien qui existent dans la région de la personne atteinte et de ses proches contribuera grandement à diminuer l'angoisse suite à l'annonce du diagnostic. Les milieux de soins auraient avantage à identifier les ressources communautaires, privées et bénévoles de leur région afin de mieux référer les personnes atteintes et leurs proches et de promouvoir l'éventail des services offerts par ces organismes dans les salles d'attente de leur établissement. De plus, les personnes atteintes de cancer et leurs proches souhaitent connaître tout type de renseignements fiscaux. Ces derniers peuvent avoir trait aux déductions

d'impôts pour les proches aidants et toute autre déduction pouvant réduire le fardeau fiscal des personnes atteintes de cancer au Québec. D'un point de vue psychologique, les personnes atteintes et leurs proches ont besoin d'informations diverses afin de diminuer la confusion, l'angoisse et la peur ainsi qu'on les aide à y contribuer par l'acquisition de compétences, notamment en ce qui a trait à l'usage d'une bonne technique de prise de décision. Pour rassembler les informations de tout ordre pertinentes aux personnes atteintes et à leurs proches, certaines initiatives ont fait que des trousses d'information ont été mises à la disposition des personnes. Lorsque de tels outils existent, il serait bon de les offrir de façon systématique dès que la personne est diagnostiquée. En résumé, plus les personnes atteintes et leurs proches possèdent l'information dont ils ont besoin, moins ils se sentent vulnérables et seuls face à la maladie.

Soulignons qu'un comité de travail du Comité de lutte contre le cancer des Laurentides (CLCL) est actuellement en train de constituer une trousse d'information sur le cancer. L'objectif du comité de travail est de s'assurer que d'ici 2007, chaque personne qui aura un diagnostic de cancer dans les Laurentides recevra, en temps opportun et si elle le désire, une trousse d'information venant appuyer et compléter le soutien offert par l'intermédiaire de l'infirmière pivot. On retrouvera à l'intérieur de cette trousse des informations médicales de base concernant la chimiothérapie, la radiothérapie, les effets secondaires, le rôle de l'infirmière pivot et de l'équipe interdisciplinaire d'oncologie, les services offerts par les CLSC des Laurentides, les organismes communautaires locaux, régionaux, provinciaux et nationaux oeuvrant auprès des personnes atteintes de cancer et de leurs proches et les principaux sites Internet d'oncologie. Des feuillets thématiques sur les aspects financiers, le transport, l'hébergement, les associations et les corporations professionnelles seront également inclus. Des mécanismes formels de diffusion de la trousse et d'identification d'interlocuteurs clés à l'intérieur de chaque réseau local de services seront définis. Les travaux du comité de travail du CLCL se termineront au printemps 2004. À cet égard, les membres du *Comité des représentants de la population atteinte de cancer* recommandent :

- que les personnes atteintes de cancer reçoivent dès le diagnostic et de façon systématique une trousse d'information leur indiquant les ressources qui existent dans leur région et ceci en lien avec toutes les catégories de besoins citées précédemment;
- que les organismes bénévoles, communautaires ou associatifs soient davantage promus dans les établissements compte tenu de leur expérience et des connaissances qu'ils possèdent en ce qui a trait aux diverses ressources du milieu.

## *Cibles d'action régionales, indicateurs de résultats et partenaires*

**Cibles d'action régionales pour 2005**

- Mettre sur pied, en collaboration avec l'Agence et les intervenants de la santé des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux, un comité de travail régional ayant pour mandat d'analyser les formulaires d'évaluation initiale des personnes atteintes de cancer existants au Québec et de produire un modèle standardisé pour toute la région des Laurentides.
- Diffuser et utiliser dans le tiers des équipes interdisciplinaires en oncologie des Laurentides un *Formulaire d'évaluation initiale* de la personne atteinte de cancer par l'infirmière pivot. Ce formulaire standardisé pour toute la région des Laurentides permettra une collecte de données exhaustive des besoins biopsychosociaux de la personne atteinte de cancer (à titre d'exemple voici quelques catégories d'évaluation pouvant être incluses dans le formulaire; *évaluation physique* : neurologie, orientation-communication, vision, audition, respiration, circulation, nutrition, élimination, reproduction-sexualité, mobilité, peau, habitudes de consommation, sommeil, évaluation de la douleur, médication; *évaluation de la structure externe* : culture, spiritualité, travail, loisir, milieu de vie : *évaluation du cycle de vie*

*familiale* : type vie familiale, tâches quotidiennes, personnes ressources, liens d'attachement, génogramme, situation financière, *évaluation fonctionnelle* : habitudes de vie, communication émotionnelle, stratégie d'adaptation, croyances, inquiétudes, réaction face à la maladie, *évaluation des besoins de référence externe* : aide au transport, soutien par organisme communautaire, aide financière, aide pour les tâches domestiques, prêt d'équipements ou de prothèses).

- Diffuser dans le tiers des équipes interdisciplinaires en oncologie la *Trousse d'information sur le cancer* en nombre suffisant afin que l'infirmière pivot la remette, en temps opportun, à toutes les nouvelles personnes atteintes de cancer et prises en charge par cette équipe.

**Indicateurs de résultats pour 2005**

- Création du Comité de travail avec énoncé de mandat et d'objectifs, composition, fréquence des réunions.
- Nombre d'équipes interdisciplinaires qui utilisent le formulaire sur le territoire des Laurentides et nombre de personnes atteintes de cancer ayant complété celui-ci, par territoire de réseau local.
- Nombre de *Trousse d'information sur le cancer* diffusée par équipe interdisciplinaire d'oncologie, par territoire de réseau local, nombre de personnes atteintes qui ont reçu la trousse.

**Cibles d'action régionales pour 2007**

- Utilisation par toutes les équipes interdisciplinaires en oncologie des Laurentides du *Formulaire d'évaluation initiale* de l'infirmière pivot auprès de chaque nouvelle personne atteinte de cancer prise en charge par l'équipe.
- Diffuser dans toutes les équipes interdisciplinaires en oncologie la *Trousse d'information sur le cancer* en nombre suffisant afin que l'infirmière pivot la remette, en temps opportun, à toutes les nouvelles personnes atteintes de cancer et prises en charge par cette équipe.

**Indicateurs de résultats pour 2007**

- Nombre d'équipes interdisciplinaires qui utilisent le formulaire sur le territoire des Laurentides et nombre de personnes atteintes de cancer ayant complété celui-ci, par territoire de réseau local.
- Nombre de *Trousse d'information sur le cancer* diffusée par équipe interdisciplinaire d'oncologie, par territoire de réseau local et nombre de personnes atteintes qui ont reçu la trousse.

**Partenaires**

- Au niveau régional : Agence, membres du Comité de lutte contre le cancer des Laurentides.
- Au niveau local : membres des équipes interdisciplinaires locales d'oncologie.

## Volet III : Les soins palliatifs de fin de vie[43]

### *Le contexte*

Un projet de politique en soins palliatifs de fin de vie[44] a été déposé par le MSSS en mars 2003, révisé en octobre 2003, aux fins de consultation auprès des diverses instances concernées.

Les trois grands principes directeurs du projet de politique :

1. Les besoins et les choix des personnes malades doivent être au cœur de la planification, de l'organisation et de la prestation des services;
2. Le choix à privilégier doit être le maintien des personnes malades dans leur milieu de vie naturel;
3. Le soutien aux proches doit être un élément fondamental de la planification, de l'organisation et de la prestation des services.

Les quatre grandes orientations mises de l'avant dans le projet de politique :

1. Une équité d'accès aux services de première, deuxième et troisième lignes;
2. Une continuité entre les différents sites de prestation;
3. Une qualité des services offerts par des équipes interdisciplinaires dans chacune des lignes de services;
4. Une sensibilisation de la société québécoise au caractère inéluctable de la mort.

Par ailleurs, les orientations ministérielles en regard des services de santé et des services sociaux visent à offrir les services le plus près du milieu de vie des personnes, en particulier au domicile, dans une proportion de 60 à 80 % de l'ensemble des services sociosanitaires.

De plus, les orientations régionales de réorganisation des services en centre hospitalier préconisent le transfert des clientèles en soins palliatifs qui ne nécessitent plus le plateau technique d'un hôpital vers des milieux plus appropriés à leurs besoins.

C'est dans ce contexte que la Direction régionale d'organisation de services et de la main-d'œuvre a mis sur pied en juin 2003 un comité de travail régional composé de représentants des CH, des CLSC, des CHSLD et de l'Agence de développement avec pour mandat de définir un modèle d'organisation des services de soins palliatifs dans la région des Laurentides, dont voici les membres :

---

[43] Inspiré de : AGENCE DE DÉVELOPPEMENT DE RÉSEAUX LOCAUX DE SERVICES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DES LAURENTIDES, Direction régionale d'organisation de services et de la main-d'œuvre, *Organisation des services de soins palliatifs dans la région des Laurentides*, DOCUMENT DE TRAVAIL, version Janvier 2004, 26 pages.

[44] MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, Direction générale des services à la population avec la collaboration de la Direction générale des affaires médicales et universitaires, *Projet de politique en soins palliatifs de fin de vie*, DOCUMENT DE TRAVAIL, version Octobre 2003, 119 pages.

| | | |
|---|---|---|
| Madame Mariette Brabant | Directrice des programmes personnes âgées en perte d'autonomie et déficience physique | CLSC-CHSLD Thérèse-de-Blainville |
| Madame Sylvie Gingras | Chef du programme de soutien à domicile | CLSC Jean-Olivier-Chénier |
| Madame Francine Laperrière | Infirmière de liaison aux soins palliatifs | CH-CLSC-CHSLD des Sommets |
| Madame Isabelle Trépanier | Agente de planification et de programmation | Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux des Laurentides, Direction régionale des affaires médicales et hospitalières |
| Monsieur André Deshaies | Agent de planification et de programmation | Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux des Laurentides, Direction régionale de l'organisation de services et de la main-d'œuvre |

Dans la présente section, on retrouve une définition des services de soins palliatifs, les personnes visées par ces services, la problématique régionale en regard de l'organisation des services, les principes directeurs de la politique de soins palliatifs et de fin de vie, les objectifs régionaux, le modèle régional visé, la gamme de services actuelle et projetée, les rôles et responsabilités des partenaires concernés, des données budgétaires sur les coûts des divers services, les avantages et les contraintes en lien avec les divers lieux de dispensation des services et les mécanismes de coordination et d'accès aux services. Enfin, un tableau présente les cibles d'action régionales et les indicateurs de résultats correspondants pour la période 2004-2007.

**Définition**

L'Organisation mondiale de la santé définit ainsi les soins palliatifs :

> « Les soins palliatifs sont l'ensemble des soins actifs et globaux dispensés aux personnes atteintes d'une maladie avec pronostic réservé. L'atténuation de la douleur, des autres symptômes et de tout problème psychologique, social et spirituel devient essentielle au cours de cette période de vie. L'objectif des soins palliatifs est d'obtenir, pour les personnes et leurs proches, la meilleure qualité de vie possible. Les soins palliatifs sont organisés et dispensés grâce aux efforts de collaboration d'une équipe interdisciplinaire incluant la personne et les proches. La plupart des aspects des soins palliatifs devraient également être offerts plus tôt au cours de la maladie, parallèlement aux traitements actifs. Les soins palliatifs soutiennent la vie et considèrent la mort comme un processus normal, ne hâtent ni ne retardent la mort,

> atténuent la douleur et les autres symptômes, intègrent les aspects psychologiques et spirituels des soins, offrent un système de soutien pour permettre aux personnes de vivre aussi activement que possible jusqu'à la mort ».

Les soins palliatifs s'adressent à une personne admissible à une étape préterminale ou terminale d'une maladie. L'étape préterminale correspond le plus souvent à une période où l'évolution de la maladie se fait lentement alors que les traitements curatifs ont déjà été cessés.

La phase terminale est, pour sa part, associée à une condition clinique souvent instable qui provoque une perte accélérée d'autonomie. Les soins palliatifs s'adressent aussi aux proches de la personne avant et après la mort de cette dernière, en l'occurrence pour le suivi de deuil.

**Personnes visées**

Les soins palliatifs s'adressent aux personnes de tout âge, de toute condition sociale aux prises avec des maladies incurables secondaires à différentes pathologies. Ils ne se limitent pas, comme à l'origine de leur développement, aux personnes atteintes de cancer.

Les traitements et les soins appropriés et personnalisés ne visent pas à guérir les personnes mais à atténuer les signes et symptômes tant physiques que psychologiques qui contribuent à la souffrance globale en fin de vie. Les soins palliatifs favorisent le maintien de la capacité de la personne à décider de ce qui importe pour elle et de sa capacité de demeurer en relation avec autrui. Ces éléments constituent les aspects concrets du respect de la dignité humaine.

La globalité de l'approche palliative nécessite le travail en équipe interdisciplinaire incluant, entre autres, le médecin, l'infirmière, le pharmacien, le travailleur social, le psychologue, le physiothérapeute, l'ergothérapeute, le diététiste, l'aumônier, etc. Une place importante est faite aux proches dans les services aux personnes malades. Les bénévoles constituent des ressources inestimables dans l'accompagnement de la personne et des proches et font de plus en plus partie des équipes interdisciplinaires.

Une partie importante de cette clientèle souffre d'une forme ou d'une autre de cancer. Le taux annuel moyen de mortalité par cancer dans la région des Laurentides se situait à 236/100 000 pour la période 1994-1998 pour un équivalent de 884 décès par année.

Le taux ajusté de mortalité (toutes causes confondues) dans la région des Laurentides est de 999,7/100 000 pour les hommes et de 605,2/100 000 pour les femmes.

L'estimé du nombre total de décès en 2003 dans la région des Laurentides, selon le taux ajusté de mortalité par sexe, s'établit comme suit :

| | Population en 2003 | Taux | Nb décès |
|---|---|---|---|
| **femmes** | 243 330 | 0,61% | 1473 |
| **hommes** | 243 024 | 1,00% | 2430 |
| **total** | 486 354 | 0,80% | 3902 |

La répartition du nombre de décès dans la région des Laurentides, selon la localisation des personnes, s'établissait comme suit en 1999, selon le Fichier des décès du MSSS.

| Localisation | Nb | % |
|---|---|---|
| **CH** | 1886 | 62% |
| **CHSLD** | 475 | 16% |
| **Établissements hors-région** | 453 | 15% |
| **Domicile** | 146 | 5% |
| **Hors établissement et hors domicile** | 53 | 2% |
| **Hors Québec** | 21 | 1% |
| **Total** | 3034 | 100% |

**Problématique**

Il existe plusieurs lacunes en lien avec l'organisation des services de soins palliatifs :[45]

- Manque d'effectifs médicaux pour effectuer des suivis en soins palliatifs au niveau des cabinets privés;
- Grande difficulté afin d'assurer la garde médicale;
- Iniquités dans le suivi médical à domicile; certains médecins sélectionnent les personnes qu'ils acceptent de suivre en soins palliatifs car il est impossible de répondre à la demande;
- La durée moyenne de séjour en centre hospitalier est en lien direct avec la capacité de prise en charge médicale hors du centre hospitalier;
- Méconnaissance des services disponibles en CLSC;
- Les CLSC n'ont pas d'équipe interdisciplinaire formelle en soins palliatifs;
- Difficultés d'accès aux narcotiques lorsque le besoin est immédiat.

Plusieurs autres problèmes sont identifiés par le comité régional sur l'organisation des services de soins palliatifs :

- Protocoles d'interventions et de soins non standardisés;
- Manque de coordination entre les intervenants intraétablissement et interétablissements ;
- Manque d'intervenants pivots pour guider les personnes malades dans le continuum de services;
- Manque de formation à tous les niveaux (ex. médecins, professionnels, préposés, bénévoles);
- Méconnaissance des services offerts par les divers partenaires : CLSC, CH, CHSLD, cliniques privées, organismes communautaires;
- Méconnaissance chez les médecins et les familles au niveau du mourir à domicile, d'où recours indu à l'hospitalisation;
- Insuffisance des ressources humaines et financières consacrées au soutien à domicile (professionnels, auxiliaires familiales et sociales, gardiennage);
- Manque de médecins pour la garde médicale;
- Hausse importante du coût des médicaments.

[45] RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DES LAURENTIDES, Direction régionale des affaires médicales et hospitalières, *La lutte au cancer dans les Laurentides : État de situation au 31 mars 2002*, 2002, 229 pages (plus annexes), pp. 220-221

### Modèle d'organisation de services

Le modèle d'organisation de services en soins palliatifs dans la région des Laurentides s'appuie sur les principes directeurs et les grandes orientations du *Projet de politique en soins palliatifs de fin de vie* du MSSS.[46] Bien qu'au début avril 2004, la politique fut officiellement lancée par le ministre Philippe Couillard, nous n'avons pas en notre possession la version finale de celle-ci; nous nous sommes donc servis de sa version de travail aux fins de notre Plan d'action cancer afin d'en faire connaître les grandes lignes car elle s'inscrit inéluctablement dans la mise en place du Programme québécois de lutte contre le cancer.

## *Les principes directeurs de la politique de soins palliatifs et de fin de vie*

Le développement des soins palliatifs doit reposer sur des principes de base que partageront l'ensemble des partenaires du réseau de la santé et des services sociaux. Ces principes sous-tendent un partenariat avec la personne malade, les proches et les intervenants dans la planification et la prestation des services. Ils servent de guide pour la définition des orientations et des mesures à mettre en place telles que définies à la section suivante. Ils permettent enfin de prendre position sur certains aspects, de faire des choix, bref d'établir l'angle sous lequel sera abordée l'organisation des soins palliatifs au Québec.

Ces principes sont les suivants :

- Les besoins et les choix des personnes malades : au cœur de la planification, de l'organisation et de la prestation de services;
- Le maintien des personnes malades dans leur milieu de vie naturel : un choix à privilégier pour ceux qui le souhaitent;
- Le soutien aux proches : un élément fondamental de la planification, de l'organisation et de la prestation des services.

### Les besoins et les choix des personnes malades : au cœur de la planification, de l'organisation et de la prestation des services

En soins palliatifs, peu importe les sites d'intervention, toutes les décisions concernant la planification, l'organisation et la prestation des services doivent avoir comme assise la primauté des besoins et des choix de la personne malade sur toute autre considération. L'adaptation des services à la personne et à son milieu implique le respect des conditions suivantes :

- La personne malade est partie prenante de toutes les décisions qui la concernent. Elle doit être bien informée sur sa condition et sur les différentes possibilités qui s'offrent à elle afin de faire des choix éclairés ;
- les services sont planifiés et offerts selon des modalités qui respectent les valeurs de la personne malade et de ses proches ;

[46] MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, Direction générale des services à la population avec la collaboration de la Direction générale des affaires médicales et universitaires, *Projet de politique en soins palliatifs de fin de vie*, DOCUMENT DE TRAVAIL, version Octobre 2003, 119 pages.

- les services visent à maintenir la meilleure qualité de vie possible de la personne et de ses proches dans le respect de sa dignité et de son intimité ; à cet égard, il convient d'éviter de multiplier le nombre d'intervenants d'une même discipline auprès de la personne malade ;

- la complexité de l'accès au système de santé et de services sociaux doit être assumée par les planificateurs et les fournisseurs du réseau, et non par les personnes malades et leurs proches.

**Le maintien des personnes malades dans leur milieu de vie naturel : un choix à privilégier pour celles qui le souhaitent**

La présente politique favorise une prestation de services le plus près possible du milieu de vie naturel de la personne malade, c'est-à-dire le domicile.[47]

Elle fait donc une priorité du développement des services de première ligne afin de maintenir le plus longtemps possible dans leur milieu de vie naturel les personnes malades qui le souhaitent et dont la condition le permet. Les proches doivent être pris en compte dans cette décision et bénéficier du soutien requis. L'environnement de la personne malade constitue également un aspect à considérer pour rendre possible ce choix.

Le soutien à domicile doit toujours être envisagé comme la première option, dans la mesure du possible. Il ne doit plus être envisagé comme une simple solution de rechange à l'hébergement ou à l'hospitalisation. Cette philosophie d'action s'applique aussi aux soins palliatifs. Elle semble d'autant plus pertinente qu'une proportion importante de personnes malades préféreraient demeurer à leur domicile le plus longtemps possible, s'ils ont l'assurance d'obtenir des soins adéquats et de ne pas être un fardeau pour l'entourage.[48] Des conditions *sine qua non* doivent être mises en place pour rendre ce choix possible :

- les services requis doivent être accessibles au moment opportun, sans délai pour la personne malade et ses proches ;

- les services doivent être disponibles avec toute l'intensité requise aux différents stades d'évolution de la maladie de la personne ;

- les personnes malades doivent avoir la possibilité de revoir leur décision de demeurer à domicile et de recourir à d'autres ressources en milieu substitut qu'ils estiment mieux adaptées à leurs besoins.

Ce sont là des conditions impératives sans lesquelles il est illusoire de penser développer des services à domicile de qualité. Pour que les gens puissent choisir de vivre une partie de leurs derniers jours ou d'accompagner une personne dans le milieu naturel, l'organisation des services doit répondre aux besoins de la personne malade en tout temps.
En plus de cette garantie de l'offre, l'organisation des services doit être souple afin de les ajuster constamment aux changements rapides de la condition de la personne malade. Les composantes des services nécessaires en première ligne sont précisées plus loin.

---

[47] Par domicile, on entend le lieu habituel de résidence : maison ou logement privé, HLM, résidence pour aînés, chambre et pension.

[48] COMITÉ SÉNATORIAL PERMANENT DES AFFAIRES SOCIALES, DES SCIENCES ET DE LA TECHNOLOGIE. *«De la vie et de la mort», Des soins de fin de vie de qualité : chaque Canadien et Canadienne y a droit*, (rapport du sous-comité), 1995.

## Le soutien aux proches : un élément fondamental de la planification, de l'organisation et de la prestation des services

La participation des proches constitue souvent un élément essentiel[49] de la prestation des services en soins palliatifs. Elle peut s'avérer un élément important de la qualité et de l'intensité des services aux personnes malades. Cependant, un tel engagement représente souvent de lourdes responsabilités pour des personnes affligées par la maladie et le décès imminent d'un être cher, pour d'autres qui parfois sont elles-mêmes aux prises avec des problèmes de santé, ou pour d'autres encore qui doivent simplement gagner leur vie. Le soutien aux proches vise à préserver leur capacité de maintenir une relation interpersonnelle avec la personne malade. Pour y arriver, les proches doivent être considérés sous deux aspects.

### Des clients d'abord et avant tout

Dans ce contexte particulier, le proche doit d'abord être considéré par les fournisseurs de services comme un client qui a besoin de soutien et d'accompagnement pendant cette étape difficile. Ce soutien peut prendre différentes formes : information, aide psychologique, aide domestique, répit, accompagnement, dépannage, suivi de deuil, etc.

### Des personnes qui peuvent aussi être engagées dans les services

La participation des proches dans la prestation des services doit demeurer volontaire et tenir compte de leurs capacités. Si le proche accepte de s'engager dans les services, un certain nombre de conditions doivent être réunies pour lui permettre d'accomplir ses tâches de façon optimale. Il doit donc :

- posséder toute l'information pertinente (clinique et autre) sur la condition de la personne malade, avec le consentement préalable de cette dernière ;
- maîtriser les techniques nécessaires pour donner les soins, ce qui implique une formation et une expérimentation supervisées ;
- savoir vers qui se diriger en cas d'urgence et pour pouvoir obtenir de l'aide sans délai ;
- pouvoir en tout temps considérer que certaines tâches deviennent trop lourdes et s'en remettre aux intervenants du réseau de la santé et des services sociaux.

[49] Toutefois, on ne peut faire abstraction de l'isolement de certains individus, dont des personnes âgées qui ne peuvent pas compter sur un proche. Ce phénomène est encore plus important dans les grands centres urbains comme Montréal.

## Première orientation

## Une équité d'accès aux services de première, deuxième et troisième lignes partout au Québec

Cette orientation comporte plusieurs aspects. Elle décrit notamment les différents sites de prestation en soins palliatifs ainsi que les services offerts par chacun d'eux aux personnes malades et à leurs proches.

### Améliorer l'accessibilité et l'équité

En vertu des concepts d'accessibilité et d'équité, les services doivent être disponibles dans un territoire déterminé, à proximité du lieu de résidence, pour toutes les personnes malades dont l'état de santé le requiert et en fonction de leurs besoins, partout au Québec. Cela doit se faire, dans la mesure du possible, dans le respect des choix individuels en ce qui concerne les lieux de prestation.

Pour atteindre l'équité d'accès aux services, certaines conditions ou mesures sont nécessaires :

A. Rehausser, diversifier et standardiser la gamme de services publics de base en soins palliatifs pour tenir compte de la complexité, de la diversité et de l'intensité des services requis;

B. Reconnaître la nécessité d'une équipe interdisciplinaire comme mode de prestation des services dans chaque site;

C. Informer la population, les personnes malades, les proches et les professionnels de la santé de l'offre de service existante;

D. Préciser et uniformiser les critères et les modalités d'accès aux soins palliatifs;

E. Définir et uniformiser la contribution financière des personnes malades.

### A. Rehausser, diversifier et standardiser la gamme de services publics de base en soins palliatifs pour tenir compte de la complexité, de la diversité et de l'intensité des services requis

Les établissements du réseau de la santé, peu importe leur vocation, sont des composantes essentielles de l'offre de service en soins palliatifs. D'autres fournisseurs et organismes sont par ailleurs engagés dans la prestation des services.

Bien que cette politique ne vise pas une homogénéité parfaite des services, l'équité d'accès n'en implique pas moins, par définition, une certaine uniformité dans la gamme de services offerts.

De plus, l'intensité requise de services exige que certains d'entre eux, comme les soins infirmiers et des services d'aide, soient accessibles de façon continue, c'est-à-dire 24 heures par jour, 7 jours par semaine.

Les services qui doivent être disponibles pour chacune des lignes de services, sans égard à la pathologie, à l'âge ou au statut social, sont les suivants.

## A.1. Les services de première ligne

➢ Les services courants des CLSC offerts sur place[50]

- l'accueil social et santé ;
- les soins infirmiers et les services psychosociaux.

➢ Les services de soutien à domicile

*Les services de base offerts par du personnel travaillant en équipe interdisciplinaire*

- les services médicaux 24 heures par jour, 7 jours par semaine (visite à domicile et aide téléphonique) offerts par les médecins réunis en groupes de médecine de famille (GMF), les médecins des CLSC, les médecins en clinique médicale et les médecins en établissement qui suivent leur clientèle à domicile ;

- les soins infirmiers continus des CLSC, 24 heures par jour, 7 jours par semaine ;

- les services psychosociaux (travailleurs sociaux et psychologues) des CLSC, pendant tout le temps requis, pour le soutien des personnes malades et des proches dans la communauté, y compris une offre systématique de soutien psychologique aux personnes malades et aux proches, sans oublier les enfants, tant dans la phase de deuil anticipé que celle du deuil normal et celle de la prévention de deuil pathologique ;

- les services d'ergothérapie, de physiothérapie et de nutrition des CLSC ;

- les services d'aide à domicile des CLSC tels que l'assistance personnelle et l'aide domestique ;

- les services à domicile de répit, de dépannage et de « gardiennage » offerts par les CLSC ;

- les services téléphoniques disponibles 24 heures par jour, 7 jours par semaine, avec une ligne dédiée pour les clientèles vulnérables, comportant un temps minimal de réponse, et un accès dans les minutes suivantes à un clinicien formé pour répondre aux besoins particuliers de la clientèle en soins palliatifs ;

- la couverture pharmaceutique 24 heures par jour, 7 jours par semaine, offerte par les pharmaciens de la communauté et les pharmaciens des établissements de santé qui acceptent, par entente, de prendre la relève en dehors des heures d'ouverture desdites pharmacies ;

- les équipements, y compris des équipements de surveillance à distance, les aides techniques et les fournitures médicales.

[50] Lorsque la personne malade et les proches peuvent se déplacer.

*Les services complémentaires offerts selon les besoins*

- les services en réponse à des besoins d'ordre spirituel, sans égard à la pratique ou au statut confessionnel, peu importe leur attachement organisationnel. Les agences régionales et les CLSC doivent ensemble planifier l'accès aux services, avec les autorités religieuses s'il y a lieu ;

- les activités de soutien, comme l'aide à la préparation de testament et de mandat, et de prévention des abus offertes par les travailleurs sociaux des CLSC ;

- l'aide à la préparation des repas et l'accompagnement des personnes malades, peu importe leur attachement organisationnel (organismes, associations, bénévoles, etc.) ;

- le transport des personnes malades.

➢ Les services en centres de jour

Ces services sont axés sur l'amélioration du bien-être de la personne malade (bain thérapeutique, bain additionnel, etc.) et sur des activités de socialisation. Ils permettent à la personne malade de garder un lien avec la communauté. Ces milieux stimulent la personne et brisent son isolement. Les personnes malades qui bénéficient de ces services sont en mesure de se déplacer. Pour les proches, ces services représentent une mesure de répit et de ressourcement permettant notamment de s'occuper des autres obligations sociales et familiales.

Les services des centres de jour se situent en complémentarité aux services à domicile. Ils peuvent être offerts dans les CHSLD, les maisons de soins palliatifs et les CLSC.

Le personnel qui travaille dans ces milieux doit posséder des connaissances adéquates de l'approche palliative. Enfin, ces services sont offerts dans le respect de la volonté de la personne malade d'y recourir, et non comme un moyen pour pallier une offre insuffisante de services à domicile.

➢ Les services de répit et de dépannage en hébergement temporaire

Ces services contribuent au maintien de l'engagement des proches auprès de la personne malade lorsque survient un événement imprévu ou lorsqu'ils ont besoin d'une pause. Le répit est un service qui permet un temps de repos, qui compense pour le stress et la fatigue accumulés par les proches en raison de leur implication émotionnelle et de l'aide qu'ils apportent aux personnes malades. Il permet aussi aux proches de remplir leurs autres obligations familiales et sociales.

Bien que les services offerts dans ces milieux substituts[51] permettent un répit aux proches, ils doivent répondre aux besoins de la personne malade, en fonction de sa condition médicale du moment.

Lorsque la condition médicale de la personne malade est plutôt stable, les services peuvent être offerts dans les CHSLD et les maisons de soins palliatifs.

[51] On entend par milieu substitut, les autres sites de prestation que le lieu habituel de résidence. Par domicile, on entend le lieu habituel de résidence : maison ou logement privé, HLM, résidence pour aînés, chambre et pension.

Lorsque leur état est instable ou exige des équipements particuliers, les personnes malades sont dirigées vers les unités de soins palliatifs, les autres centres hospitaliers qui ont une équipe interdisciplinaire en soins palliatifs ou les maisons de soins palliatifs pouvant leur offrir les services nécessaires.

Ces milieux disposent en tout temps de services médicaux, infirmiers et pharmaceutiques qui offrent l'intensité de services nécessaires pour répondre aux besoins des personnes malades. Des services psychosociaux sont offerts par des personnes qui connaissent la personne malade et ses proches. Pour atteindre cet objectif, le travailleur social ou le psychologue du CLSC doit, dans la mesure du possible, continuer à faire le suivi psychosocial de la personne malade temporairement hébergée. D'autres services complémentaires, notamment en réponse à des besoins d'ordre spirituel, doivent aussi être offerts.

➢ Les services offerts dans le contexte de programmes particuliers de soins palliatifs (CHSLD)

Ces services sont destinés à des personnes en perte d'autonomie et atteintes de maladies lentement évolutives et mortelles, à plus ou moins long terme, et qui sont déjà hébergées en soins de longue durée. Certaines de ces personnes malades ont besoin de soins palliatifs dès leur arrivée puisque leur état requiert des services visant le maintien de la qualité de vie plutôt que la guérison.

Cette politique n'encourage pas la création d'unités ou de lits dédiés aux soins palliatifs pour la clientèle résidante et hébergée en permanence. Il est en effet préférable que la personne malade résidante reçoive les services dans l'unité où elle vit habituellement tout en ayant accès à un programme particulier. Toutefois, dans le cas de la personne malade en phase terminale, l'environnement doit être adapté aux besoins d'intimité de celle-ci et de ses proches. Au même moment, il faut avoir le souci des autres personnes malades et préserver leur droit à l'intimité.

Les programmes en soins palliatifs visent l'atteinte des objectifs suivants :

- offrir les services, avec l'intensité requise et selon les normes reconnues de pratique, selon une approche globale de la personne et respectueuse de sa dignité ;

- soutenir les proches dans le processus menant à la perte d'un être cher et les orienter vers les services dans la communauté pour la prise en charge des deuils normaux ou pathologiques.

Ces programmes doivent s'appuyer sur des personnes qualifiées en soins palliatifs. Leurs tâches consistent à soutenir le personnel des unités de soins dans la prestation des services aux personnes malades et à leurs proches. Elles doivent de plus former le personnel aux spécificités de l'approche palliative. Ces personnes doivent disposer du temps nécessaire pour répondre aux exigences de leurs tâches.

➢ Les services offerts dans les maisons de soins palliatifs[52]

Ces maisons reçoivent des personnes malades sans égard à l'âge, à la pathologie ou au revenu, dont la condition ne permet plus le séjour au domicile familial en raison de l'intensité des soins à fournir (présence

[52] Soulignons qu'à l'heure actuelle, le ministère de la Santé et des Services sociaux travaille à déterminer le statut légal de ce type d'établissement; le résultat de ces travaux devrait être connu d'ici l'automne 2004.

continue 24 heures par jour, 7 jours par semaine) ou d'un soutien inadéquat, ou parce que la personne malade désire poursuivre son cheminement dans ce type de milieu.

Les services visent l'atteinte des objectifs suivants :

- offrir de façon soutenue des services qui satisfont aux normes de pratique, selon une approche globale de la personne, en réponse à des besoins physiques, psychologiques et spirituels ;

- offrir aux personnes malades le gîte, le couvert et le soutien nécessaire ;

- prendre en charge les deuils anticipés et orienter vers les services de la communauté pour la prise en charge des deuils normaux ou pathologiques.

Toutefois, pour donner des services dans ce contexte, les planificateurs et administrateurs doivent satisfaire à des conditions essentielles :

- leurs activités sont conformes aux lois et règlements en vigueur, y compris la Loi sur les services de santé et les services sociaux ;

- la corporation qui héberge les personnes malades est un organisme sans but lucratif ;

- l'accès aux services de la maison est coordonné par un CLSC, en réponse à une démarche autonome de la personne malade ou des proches, ou à la suite d'une orientation par des établissements ou des professionnels de la santé ;

- les services professionnels sont offerts dans le contexte d'une entente de partenariat avec un ou des établissements, des médecins regroupés en GMF ou en clinique privée ainsi que des pharmaciens de la communauté. Les soins infirmiers et le soutien de base sont offerts de façon continue, 24 heures par jour, 7 jours par semaine, selon un ratio personnel/usager qui respecte les besoins de la clientèle et les normes de qualité en soins palliatifs ;

- les services sont offerts par un personnel bien formé en soins palliatifs, appuyé par des bénévoles, en évitant dans la mesure du possible une trop grande rotation des effectifs auprès de la personne malade et de ses proches ;

- les dépenses de construction, d'entretien et de fonctionnement, pour assurer le gîte et le couvert, sont à la charge de la corporation qui voit à obtenir le financement requis par différentes sources (fondation, campagnes de financement, etc.). Elle peut aussi bénéficier, si elle y est admissible, des programmes gouvernementaux applicables (Société d'habitation du Québec, programmes municipaux, etc.) ;

- les médicaments sont accessibles, 24 heures par jour, 7 jours par semaine, et sont remboursés par l'entremise du régime général d'assurance médicaments ou d'une assurance privée, au même titre que pour les personnes malades qui résident au domicile familial ;

- le gîte, le couvert ainsi que les services de soutien répondent à des normes et standards de qualité en soins palliatifs ;

- la corporation n'exige aucune contribution de la personne malade pour le gîte.

Le recours aux maisons de soins palliatifs demeure un choix régional. Ce choix est possible si elles répondent aux conditions mentionnées. Aussi, le mandat des maisons existantes peut être renouvelé si leurs activités s'inscrivent dans la planification et l'organisation régionales des services.

Sous réserve de l'approbation des agences régionales et du Ministère, les établissements partenaires des maisons peuvent s'associer aux milieux universitaires pour développer une mission d'enseignement et de recherche, ce qui conférera à celles-ci une vocation qui dépasse les limites de leur territoire.

### A.2 Les services de deuxième et troisième lignes

Les ressources en deuxième et troisième lignes s'adressent à une clientèle hospitalisée. Elles disposent d'une infrastructure adaptée, du personnel et d'un accès aux médicaments en tout temps permettant d'offrir des soins diversifiés et intensifs en réponse à des besoins complexes et continus. Ces ressources doivent aussi soutenir la première ligne de services et contribuer ainsi au maintien de la personne malade dans son milieu de vie naturel le plus longtemps possible, si tel est son choix.

C'est à ce niveau que s'amorcent souvent les épisodes de services en soins palliatifs puisque c'est en milieu hospitalier que la personne malade reçoit des traitements pour guérir la maladie, jusqu'à ce que les espoirs de guérison s'évanouissent progressivement. Le diagnostic, puis le pronostic, sont souvent précisés par les médecins exerçant en deuxième ou troisième ligne, lieux de prestation habituels de la médecine spécialisée.

➢ Les services offerts dans des unités de soins palliatifs

Les personnes malades dont l'état nécessite des soins infirmiers continus et un milieu spécialisé doivent avoir accès, sans égard à l'âge ni à la maladie, à une unité de soins palliatifs, avec des lits regroupés sur un territoire, selon des critères à déterminer.[53] Ces unités peuvent se retrouver dans des établissements désignés (CH[54] et CHSLD). Elles accueillent des personnes malades dont l'état requiert une expertise spécialisée permettant l'investigation des différents problèmes. Ces services ne peuvent être offerts à domicile ni dans certains CHSLD et maisons de soins palliatifs, ni même dans des CH sans unité de soins palliatifs.

Les services offerts dans ces unités visent l'atteinte des objectifs suivants :

- stabiliser la condition de la personne malade, c'est-à-dire, entre autres, ajuster la médication afin de soulager les symptômes et la douleur avant son retour dans la communauté si sa condition le permet ;

- accueillir, de façon temporaire ou permanente, les personnes malades dont la condition trop complexe ne permet pas le séjour dans la communauté ou celles qui désirent poursuivre le cheminement dans ce type de milieu à l'étape terminale de la maladie, en tenant compte de la mission première de ces unités ;

[53] Les critères d'accès à ce type de services seront déterminés sur la base d'un ratio lits/décès, de critères de distance (90 kilomètres) ou de temps de déplacement (60 minutes).

[54] Dans la région de Québec, le CH privé La Maison Michel-Sarrazin est considéré comme une unité de soins palliatifs.

- offrir les soins requis selon une approche globale de la personne, par du personnel travaillant en équipe interdisciplinaire, en réponse à des besoins physiques, psychologiques et spirituels ;

- soutenir les intervenants dans les autres unités de soins par des conseils et, au besoin, par des interventions directes auprès de la personne malade et des proches ;

- soutenir, à leur demande, les intervenants en première ligne par des conseils ou de la formation, ou par des interventions ponctuelles auprès de la personne malade ou des proches ;

- soutenir les proches dans le processus menant à la perte d'un être cher et orienter vers les services de la communauté pour la prise en charge des deuils normaux ou pathologiques.

➢ Les services offerts en CH sans unité de soins palliatifs

Tous les centres hospitaliers qui n'ont pas d'unité de soins palliatifs doivent offrir des services sur place par l'entremise de l'équipe interdisciplinaire présente dans chaque site de prestation (voir la condition B).

### A.3 Les programmes de recherche et de formation

Peu importe le contexte de production des services et le fournisseur, les personnes malades et les proches doivent pouvoir compter sur les retombées de programmes de recherche et de formation. Ces programmes sont organisés autour de centres d'excellence en soins palliatifs, en collaboration avec le milieu universitaire. On les retrouve dans toutes les lignes de services.

Ces établissements doivent devenir des hauts lieux de la recherche en soins palliatifs, notamment pour tout ce qui concerne le contrôle des symptômes et de la douleur ainsi que le suivi de deuil. Ils constituent des milieux pour expérimenter de nouveaux modes d'organisation et de prestation des soins basés sur le travail en équipe interdisciplinaire et sur la collaboration entre les partenaires des différentes lignes de services.

Le gouvernement du Québec, en collaboration avec ses partenaires des milieux de l'éducation et de la santé et des services sociaux, doit s'assurer de la mise en réseau des chercheurs de ces centres. L'objectif est de réaliser une véritable synergie entre les chercheurs, c'est-à-dire de produire le maximum de résultats avec une économie de moyens.

Ces centres sont enfin des milieux de formation à la fine pointe des connaissances du domaine et des modes d'acquisition et de transmission de ces connaissances. Leur savoir doit rayonner sur les autres établissements de toutes les régions du Québec, avec lesquels ils entretiennent des liens étroits de complémentarité.

Les établissements doivent créer un environnement propice à la recherche et à la formation. Ils doivent faire une place à ces secteurs d'activités par des mesures concrètes : budget spécial, locaux adaptés et disponibles en tout temps, support technique, personnel administratif, etc.

## B. Reconnaître la nécessité d'une équipe interdisciplinaire comme mode de prestation des services

L'existence des services ne suffit pas à elle seule à assurer l'équité d'accès aux soins palliatifs. D'autres facteurs importants doivent être pris en compte.

L'approche palliative implique la mise en commun, par les intervenants, de l'ensemble des connaissances relatives à l'état de santé physique et psychologique de la personne malade afin de maximiser les soins visant l'amélioration de la qualité de la vie sous toutes ses formes. Cette mise en commun des connaissances suppose l'interdisciplinarité. Une vision commune contribue à l'efficacité et à l'efficience des services. Elle augmente aussi le sentiment d'appartenance du personnel.

Les besoins de la personne malade et de son entourage sont multiples et complexes. Leur prise en compte nécessite une collaboration de tous les instants entre les intervenants qualifiés. Cette collaboration s'instaure dans le contexte de l'élaboration et de la réalisation d'un plan de services[55] dans le cadre d'un plan d'intervention (PI), ou d'un plan de services individualisé (PSI) si le plan concerne plus d'un établissement. Dans le cas du PSI, il faut s'assurer qu'il se traduira dans un plan d'intervention pour chacun des fournisseurs.

Ce plan de services est souple et personnalisé. Il est régulièrement mis à jour pour tenir compte de l'évolution des besoins de la personne malade et des proches, particulièrement en phase terminale. Il laisse une place centrale à la participation de la personne malade elle-même. Il reconnaît le rôle des personnes significatives entourant la personne malade, si la personne malade le souhaite. Le plan tient compte, aussi, des valeurs et des croyances de la personne. Il se réalise dans le respect de l'intimité et de la dignité de la personne malade.

Le travail en équipe permet à chaque membre de se soutenir mutuellement au cours des échanges sur les difficultés éprouvées et de se sentir appuyé dans la prise de décisions cruciales. Il permet de plus de partager avec ses pairs sur les émotions ressenties dans ce contexte bien particulier. Il permet en somme aux intervenants d'alléger le fardeau associé à certaines dimensions de la pratique clinique telles que les décisions d'ordre éthique.[56]

Les membres de l'équipe soignante en phase curative peuvent aussi être engagés dans le plan de soins en phase palliative, notamment en oncologie. Des liens étroits doivent exister entre les équipes. Des précisions sur la façon d'y arriver sont apportées dans la deuxième orientation sur la continuité des services.

*Mettre en place une équipe interdisciplinaire dans chaque site de prestation*

Chaque site de prestation à savoir le CLSC, le CH, le CHSLD et la maison de soins palliatifs, doit compter sur une équipe d'intervenants ayant une expertise en soins palliatifs. En plus d'offrir elle-même des services, l'équipe met son expertise à la disposition du personnel des différents programmes ou unités de soins, afin de le soutenir dans la prestation de services à la personne malade en phases pré-terminale et

[55] Comme le stipule la Loi sur les services de santé et les services sociaux, articles 102 et 103.

[56] Les groupes de parole et de soutien sont un bon moyen d'offrir une période et un lieu permettant d'évacuer le stress relié à l'accumulation des pertes causées par la mort des personnes malades et qui, au fil du temps, ne peuvent laisser tout à fait indemne le personnel soignant.

terminale et à ses proches. Ces services sont offerts à des personnes malades, sans égard à l'âge ni à la pathologie.

Les équipes interdisciplinaires poursuivent les objectifs suivants :

- contribuer à l'évaluation et à la stabilisation de l'état de la personne malade, au contrôle des symptômes et de la douleur, et à la prestation des services dans les différents milieux de soins et dans les différents programmes de chaque établissement, selon une approche globale de la personne, en réponse à des besoins physiques, psychologiques et spirituels ;

- soutenir les autres intervenants dans les différents milieux de soins par de la formation, des conseils et, au besoin, par des interventions directes auprès de la personne malade et de ses proches ;

- soutenir les proches dans le processus menant à la perte d'un être cher et orienter vers les services de la communauté pour la prise en charge des deuils normaux ou pathologiques.

Ces équipes se composent des intervenants suivants : médecin, pharmacien, infirmière, travailleur social, psychologue, agent de pastorale, nutritionniste, ergothérapeute, physiothérapeute, et de toute autre personne possédant les compétences nécessaires à la réalisation des objectifs du plan d'intervention. Les spécialistes ou les médecins de famille qui ont déjà administré des traitements à la personne malade peuvent faire partie de l'équipe ou agir comme conseillers auprès d'elle. Les ressources communautaires et les bénévoles viennent en soutien à ces équipes, si la personne malade le juge opportun, dans le respect de sa vie privée.

En milieu institutionnel, les agents de la pastorale sont des employés des établissements et détiennent un mandat pastoral de leur autorité religieuse, comme le précisent le protocole d'entente entre le ministère de la Santé et des Services sociaux et les autorités des principales dénominations religieuses de même que le Cadre de référence sur l'organisation de la pastorale en établissement. En ce qui concerne leur présence dans les équipes de soins palliatifs des CLSC, des ententes devraient être établies entre chaque regroupement régional de CLSC et les autorités religieuses des régions, afin que les personnes malades et leurs proches aient accès au soutien spirituel dont ils ont besoin. Les membres des équipes, dans les CLSC, devraient en effet pouvoir compter sur une ressource qualifiée qui verrait à les soutenir dans la prise en charge des besoins spirituels. Les personnes malades et leurs proches bénéficieraient ainsi d'une meilleure qualité de services.

*Mettre en place une équipe interdisciplinaire à vocation suprarégionale*

Une équipe interdisciplinaire de soutien clinique à vocation suprarégionale doit être mise en place pour soutenir les intervenants partout au Québec, en particulier dans les régions intermédiaires et éloignées. Cette équipe sera formée de personnes crédibles qui exercent dans des milieux reconnus de soins palliatifs, dont l'expertise est à la fine pointe des connaissances, et qui sont en liaison avec les milieux universitaires. Des intervenants de chaque catégorie de fournisseurs feront partie de cette équipe. La composition professionnelle de l'équipe suprarégionale est la même que pour celle affectée aux différents sites de prestation.

Cette équipe sera particulièrement utile pour le suivi des clientèles particulières et pour les cas complexes. Elle sera accessible à la demande des équipes interdisciplinaires d'une région, si cette région ne peut pas répondre aux besoins.

Ce mécanisme de soutien devra privilégier des moyens souples de communication (téléphone, courrier électronique, etc.) pour échanger les informations pertinentes, en temps réel lorsque la situation l'exige.

La formation de cette équipe sera sous la responsabilité du Ministère en collaboration avec les associations d'établissements, les agences régionales, les milieux de formation et les ordres professionnels.

### C. Informer la population, les personnes malades, les proches et les professionnels de la santé de l'offre de service existante

En plus de l'existence des services et du travail en équipe interdisciplinaire, l'équité d'accès aux soins palliatifs demande de considérer d'autres facteurs importants.

Les soins palliatifs demeurent méconnus du grand public et des personnes directement concernées. Même les professionnels de la santé, et les médecins au premier chef, qui sont perçus par les malades et les proches comme les experts, ne sont pas toujours au courant des ressources existantes sur le territoire. Cette lacune constitue sans doute un frein à la référence vers les soins palliatifs au moment opportun.

Le personnel soignant doit être en mesure de bien conseiller la personne malade et les proches sur les possibilités qui s'offrent afin qu'ils puissent faire des choix éclairés. Cet aspect est encore plus crucial en soins palliatifs parce qu'il s'agit de déterminer le milieu le plus propice pour vivre, en tout ou en partie, ses derniers jours.

Par ailleurs les fournisseurs de services, estimant que leurs ressources sont limitées et que les besoins sont grands, n'ont pas tous la volonté et l'habitude de faire connaître leurs services à la population. Ils tentent alors de répondre de leur mieux à la demande. Cette attitude entraîne une iniquité dont les premières victimes sont les personnes plus ou moins capables de revendiquer et les personnes moins bien informées, qui le sont souvent en raison de conditions socioéconomiques peu favorables ou de limitations cognitives.

Pour favoriser l'équité d'accès, la mise en place d'une offre de service comparable doit s'accompagner d'une amélioration de l'information destinée à la population et au personnel soignant. À cet égard, le ministère de la Santé et des Services sociaux, de concert avec les agences régionales et les fournisseurs de services, a un rôle important à jouer.

L'information doit être transmise au public dans un langage clair afin que les citoyens puissent connaître leurs droits et les services offerts. Par exemple, un court dépliant sur les soins palliatifs permettrait d'informer adéquatement la population dans chacune des régions.

### D. Préciser et uniformiser les critères et les modalités d'accès aux soins palliatifs

Pour atteindre l'équité d'accès, il est nécessaire que les critères d'admissibilité aux programmes et aux services soient bien définis, et uniformes pour tous les sites de prestation de même type. Ainsi, et

indépendamment des régions, les centres hospitaliers devraient adopter des critères similaires ; il en est de même pour les services de soutien à domicile des CLSC et les autres programmes ou établissements.

À cet égard, il y a encore beaucoup à faire, et particulièrement en ce qui concerne les soins palliatifs à domicile, dont le développement a été laissé à la discrétion des administrations locales ou régionales.

Par ailleurs, les critères d'admissibilité aux services doivent se fonder sur l'évaluation, réalisée par des professionnels de la santé, des besoins de la personne malade et des proches. Ces critères doivent être appliqués avec humanisme. Les systèmes d'admission basés uniquement sur des critères administratifs, comme le pronostic de survie, doivent être revus. Par ailleurs, les outils d'évaluation validés et standardisés tels que l'outil multiclientèle doivent être utilisés pour appuyer le jugement professionnel, et non pour le remplacer.

### E. Définir et uniformiser la contribution financière des personnes malades

L'équité d'accès implique aussi que la contribution financière des personnes malades soit la même d'une région à l'autre, d'un territoire à l'autre, du moins lorsqu'il s'agit du même type de fournisseur (CLSC, CH, CHSLD, etc.).

De plus, exception faite des médicaments, le choix des fournisseurs ou des sites, qu'il s'agisse du domicile ou du CH, devrait être neutre quant à la contribution de la personne malade. Évidemment, cette neutralité ne sera jamais absolue car une personne qui reste chez elle assume des frais de subsistance, comme le couvert, qu'elle n'assumerait pas si elle était à l'hôpital.

Par ailleurs, le fournisseur de services qui reçoit un financement public ne doit imposer à la personne malade ni contribution ni tarification, y compris pour les services d'aide à domicile.

Les équipements, les fournitures et les aides techniques à domicile doivent être accessibles sans contribution de la personne malade ; de même le coût de leur transport et de leur installation ne doit en aucun cas être défrayé par la personne malade. En ce qui concerne l'adaptation du domicile, qui relève de la Société d'habitation du Québec, les services doivent être accessibles dans des délais compatibles avec le pronostic de la personne malade.

Du côté des CH et des CHSLD, les ajustements pour s'adapter aux soins de fin de vie (chambre individuelle, ajout de personnel infirmier, etc.) ne doivent pas entraîner de frais supplémentaires aux personnes malades.

En ce qui concerne les maisons de soins palliatifs, aucune contribution de la personne malade ne peut être exigée pour le gîte et les services sociosanitaires, même la nuit.

En ce qui concerne l'hébergement temporaire en établissement, le Ministère a établi des taux uniformes qui équivalent aux frais de couvert.

Dans le cas des centres de jour, la contribution exigée peut équivaloir aux frais de repas uniquement.

En ce qui concerne le transport ambulancier, aucune contribution de la personne malade ne peut être exigée, peu importe son origine géographique et son âge.

## Deuxième orientation

### Une coordination et une continuité entre les différents sites de prestation.

Les organisations engagées dans la prestation de soins palliatifs sont nombreuses. Or, la condition de la personne malade, de l'annonce d'un diagnostic potentiellement mortel jusqu'au décès, peut évoluer très rapidement. Aussi les besoins de la personne malade et des proches sont-ils variés, complexes, et demandent-ils des réponses adaptées et rapides. Plusieurs fournisseurs interviendront aux différentes étapes, que ce soit dans le milieu de vie naturel ou en établissement.

Il faut donc tout mettre en œuvre pour que la complexité du système de santé repose sur les fournisseurs de services. La personne en fin de vie et ses proches, qui sont au cœur du processus, ne doivent pas percevoir et porter le fardeau de cette complexité.

La circulation de l'information, l'accès à l'expertise au bon moment et au bon endroit, l'accès aux médicaments et fournitures sans délai sont des défis que le système de santé québécois doit relever, en particulier en soins palliatifs. La continuité des services doit devenir le centre de nos préoccupations.

Cette politique tient à réaffirmer que la coordination et la continuité des services sont des priorités fondamentales et que tout doit être mis en œuvre pour qu'elles se concrétisent. La coordination et la continuité des services reposent sur une concertation et une collaboration de tous les instants entre les fournisseurs de services, qui doit se situer à tous les niveaux des organisations.

Pour assurer la coordination et la continuité des services, les choix organisationnels régionaux et territoriaux tiendront compte des forces du milieu. Dans la plupart des cas, ces choix seront effectués sous la responsabilité des agences régionales, en collaboration avec le milieu, qui ont la responsabilité de voir à l'organisation des services sur leur territoire.

Pour assurer la coordination et la continuité des services, les mesures ou conditions suivantes sont nécessaires :

A. Définir clairement les responsabilités de chacun des fournisseurs de soins palliatifs ;
B. Mettre en place un mécanisme de concertation régionale entre les gestionnaires de services ;
C. Mettre en place des mécanismes permettant la continuité entre les fournisseurs de soins palliatifs.

### A. Définir clairement les responsabilités de chacun des fournisseurs de soins palliatifs

Dans le respect de la présente politique et sous la responsabilité de l'agence, il importe que chaque fournisseur de services définisse clairement ses responsabilités quant à la prestation de soins palliatifs sur un territoire déterminé, afin que ne subsiste aucune confusion dans la prise en charge des personnes, et qu'il alloue les ressources nécessaires pour s'en acquitter. Cette définition doit se faire dans un souci de complémentarité.

Cette précision des responsabilités territoriales devra inclure tous les services jugés nécessaires en soins palliatifs qui ont été déterminés à la section précédente.

### B. Mettre en place un mécanisme de concertation régionale entre les gestionnaires de services

En plus d'un partage clair des responsabilités, des mécanismes très étroits de concertation doivent être mis en place pour assurer une continuité des services, de l'annonce d'un diagnostic de maladie incurable jusqu'à la mort.

Sous la responsabilité des agences régionales, un mécanisme de concertation continue doit être mis en place par les gestionnaires afin d'assurer la concertation et l'intégration régionales des services entre les établissements. Ce modèle régional permettra la rétroaction du personnel des équipes interdisciplinaires sur les différents problèmes constatés sur le terrain, en vue d'aider les gestionnaires à mettre à jour, au moins annuellement, un modèle de concertation et de continuité des services qui en garantisse l'efficacité.

Au niveau régional, chaque fournisseur de services doit être représenté par un gestionnaire investi de l'autorité lui permettant notamment de régler les problèmes qui se posent dans des délais très courts. Cette personne est responsable auprès de l'Agence des résultats de son organisation. Quant aux établissements à vocation suprarégionale, ils doivent rendre compte au ministère de la Santé et des Services sociaux.

Chacun de ces gestionnaires doit procéder à un suivi régulier afin de s'assurer du bon fonctionnement de son établissement à l'intérieur du modèle établi et, le cas échéant, pour apporter des ajustements afin que la prestation des services concorde avec ce modèle.

### C. Mettre en place des mécanismes permettant la continuité entre les fournisseurs de services

Des mécanismes doivent être mis en place pour assurer la continuité des services, de l'annonce d'un diagnostic de maladie incurable jusqu'à la mort de la personne malade.

*Mettre en place un mécanisme de référence systématique vers les soins palliatifs de la communauté*

La référence doit se faire très tôt dans le processus si l'on souhaite que la personne malade profite des services offerts dans la communauté et des soins globaux de l'approche palliative.

Si l'état de la personne s'aggrave, celle-ci est sensibilisée, au moment opportun, à l'approche palliative et aux possibilités qui s'offrent à elle et à ses proches. Pour ce faire, sa situation est obligatoirement portée à l'attention de la personne responsable de la coordination des soins palliatifs dans la communauté (voir la section suivante)[57]. La personne gravement malade est contactée dans les 24 heures suivantes, et par la suite rapidement rencontrée (une semaine au maximum) par un intervenant du CLSC pour une évaluation complète de ses besoins et pour l'obtention des services requis. À tout moment, la personne malade bénéficie d'une approche personnalisée.

Cependant, il n'est pas toujours simple, dans les faits, de connaître ou de reconnaître la personne en phase préterminale ou terminale d'une maladie. Aussi certaines conditions ou mesures doivent-elles être mises en place à l'intention des fournisseurs, soit :

- l'adoption d'une approche d'équipe auprès des personnes malades atteintes de maladies graves (cancer, maladies cardiaques, maladies obstructives pulmonaires chroniques, etc.) permettant

[57] Le contact avec le CLSC peut aussi découler d'une démarche autonome des personnes malades ou des proches.

notamment de dépister plus facilement les personnes malades susceptibles de bénéficier de l'approche palliative ;

- des lignes directrices sur la gestion du passage des soins curatifs à des soins palliatifs et sur les modalités de la référence vers les soins palliatifs.

Tous les intervenants engagés dans les soins aux personnes malades atteintes de maladie grave devraient se réunir sur une base régulière pour échanger de l'information afin d'être mieux en mesure de discerner le moment où l'approche palliative devient indiquée. Ces intervenants devraient avoir des contacts fréquents avec les équipes de soins palliatifs. Ces rencontres doivent être tenues à l'échelle d'un établissement, d'un territoire ou d'une région, compte tenu des réalités régionales.

*Attribuer une fonction de coordination territoriale des services*

Pour que la personne malade ait toujours quelqu'un à qui se référer dès l'annonce d'un diagnostic de maladie incurable, chaque territoire de CLSC doit attribuer à un professionnel de la santé une fonction de coordination des soins palliatifs. Cette personne gérera la complexité du système pour la personne malade et les proches et s'assurera qu'ils ont les services requis en fonction de leurs besoins et de leurs choix. Elle doit être au carrefour de toutes les organisations du territoire et posséder une très bonne connaissance du dossier de la personne malade, de même que des organisations et des ressources du milieu. Elle doit aussi entretenir des liens étroits avec l'équipe soignante de la personne malade alors qu'il était en phase curative, notamment en oncologie, et obtenir l'aide de cette équipe au besoin. Elle doit avoir un mandat clair, connu de tous, avec des leviers d'action appropriés, qui lui permette d'ouvrir toutes les portes sans délai indu. En cas de difficulté, elle en réfère au mécanisme de concertation régionale (B).

La profession de la personne (infirmière ou travailleuse sociale) qui occupe cette fonction centrale importe moins que son expertise et sa reconnaissance par le milieu. Comme la présente politique privilégie le maintien de la personne malade dans son milieu de vie naturel, cette personne devrait relever administrativement du CLSC.

Il n'est pas nécessaire que la personne soit associée exclusivement aux soins palliatifs. Des mécanismes assurant la continuité des services existent déjà. Il est important de s'arrimer à ces mécanismes, car la mort est l'ultime étape d'un processus amorcé souvent bien avant dans le système de santé.

*Engager les médecins et les pharmaciens dans le processus comme partenaires indispensables*

La continuité des soins ne pourra être assurée sans la collaboration pleine et entière de tous les intervenants. Ainsi, les médecins et les pharmaciens occupent une place fondamentale en soins palliatifs pour sécuriser la personne malade, les proches et les autres intervenants en appuyant la personne qui coordonne les services.

Idéalement, chaque usager devrait avoir un médecin de famille qui assure le suivi médical, de concert avec le médecin traitant qui peut, lui, changer à différents moments, selon l'évolution de la maladie. La coordination et la liaison médicales de la personne malade reviennent au médecin de famille qui veille à faire les liens nécessaires avec le professionnel responsable de la coordination du CLSC. Pour cette tâche, il peut être assisté d'une infirmière s'il fait partie d'un GMF ou d'un autre type d'organisation bénéficiant d'une telle ressource.

En phase palliative, l'accès aux médecins et aux médicaments en tout temps, peu importe le lieu d'intervention, comporte des difficultés qui doivent être surmontées en mettant à contribution toutes les ressources du milieu (GMF, cliniques médicales, médecins de CLSC, garde médicale 24 heures par jour, 7 jours par semaine, pharmaciens de la communauté et en établissement de santé, etc.). Le défi est particulièrement grand en dehors des centres hospitaliers, surtout le soir, la nuit et les fins de semaine. Pourtant, l'accès aux médecins et aux médicaments en tout temps est une condition de réussite.

De plus, le personnel soignant à domicile doit pouvoir compter sur un accès aux médecins pour obtenir des conseils et ajuster la médication au besoin. L'organisation des services médicaux pour chaque région est sous la responsabilité des départements régionaux de médecine générale (DRMG).

Pour sa part, la médication doit être accessible sans délai par l'intermédiaire des pharmaciens de la communauté ou en établissement de santé, ou même dans les CLSC où des médicaments préparés à l'avance peuvent être remisés et rendus disponibles par du personnel qualifié selon des règles établies. La gestion et l'administration des narcotiques, y compris la récupération des médicaments non utilisés, doivent faire l'objet de protocoles très clairs. Enfin, la responsabilité des fournitures pour l'administration des médicaments aux personnes malades à domicile (ex. : pompe pour l'auto-administration de la morphine) doit être assumée par les CLSC.

*Assurer la qualité de la liaison*

Les mécanismes de liaison pour faciliter la transition entre les sites de prestation sont aussi d'une importance capitale en soins palliatifs. La personne atteinte d'une maladie incurable qui, par exemple, est prise en charge par les services de soutien à domicile après avoir quitté l'hôpital, doit être soutenue constamment. Les éléments de complexité que comporte le transfert d'un site à un autre sont de la responsabilité des fournisseurs afin de sécuriser au maximum la personne malade et les proches. La responsabilité de la continuité des services incombe au fournisseur qui transfère la personne malade vers une autre ressource.

La qualité de la liaison doit permettre d'acheminer sans difficulté l'information personnelle et clinique sur la personne malade afin que le nouveau fournisseur puisse donner rapidement un service. La personne malade et les proches doivent aussi posséder toute l'information et les connaissances requises pour se sentir à l'aise pour la suite des événements. Cela implique entre autres qu'ils connaissent le nom et les coordonnées de la personne (ou de son remplaçant, 24 heures par jour, 7 jours par semaine) qui assurera la coordination clinique.

*Mettre en place des moyens de communication efficaces*

La circulation efficace de l'information entre les professionnels de la santé est un préalable à la continuité des services. La personne qui intervient auprès de la personne malade doit disposer de toute l'information pertinente sur son dossier, en temps réel, dans le respect des règles de confidentialité.

Les professionnels de la santé doivent aussi pouvoir communiquer entre eux facilement pour transmettre l'information clinique, les conseils, l'ordonnance dont la personne malade a besoin. Le travail en équipe inhérent à des soins palliatifs de qualité exige une excellente communication entre des individus possédant des expertises variées. Dans le cas des personnes malades vivant au domicile, il est important que les

intervenants aient accès à l'information clinique (état de santé évolutif, changements dans la médication, etc.) en temps réel, par voie électronique ou par un accès au dossier à domicile.

Plusieurs outils utiles existent déjà pour la transmission de cette information. À cet égard, la mise au point de la carte accès santé sera sans doute utile. En somme, il est important que les soins palliatifs puissent profiter au maximum des retombées des nouvelles technologies de l'information.

**Troisième orientation**

**Une qualité des services offerts par des équipes interdisciplinaires dans chacune des lignes de services**

**Assurer la qualité des services**

La qualité des services est un concept très large qui englobe plusieurs réalités. On doit la retrouver à chaque étape du processus menant à la prestation des services : évaluation, annonce du diagnostic et du pronostic, prise de décision, référence, orientation, planification des soins, acceptation des services, prestations des soins, suivi de deuil. Elle renvoie bien sûr à la communication et à la qualité clinique des services qui permettent de soulager la douleur physique et la souffrance morale de la personne malade et de ses proches et qui permettent de maintenir une qualité de vie.

Elle renvoie aussi à la qualité d'autres types de services comme l'hébergement (salubrité, adaptation et confort des lieux), les repas (innocuité et qualité des aliments), les soins d'hygiène (fréquence des soins et respect de l'intimité), l'aide domestique, le constat de décès, la récupération du corps, etc. La qualité en soins palliatifs vise donc aussi d'autres volets que la pratique clinique au sens strict.

L'accessibilité et la continuité sont des éléments essentiels de la qualité des services. Ces aspects de la qualité ont toutefois été largement abordés dans les deux orientations précédentes. L'amélioration de la qualité des services renvoie surtout, ici, aux interventions cliniques et aux autres services directs auprès des personnes malades et des proches.

Cette politique fait de l'amélioration de la qualité des soins palliatifs une priorité fondamentale. L'amélioration de la qualité passe par les quatre conditions ou mesures suivantes :

A. Concevoir et implanter des protocoles, des normes ou des standards de pratique.

B. Améliorer la formation de base et la formation continue pour l'ensemble des individus qui côtoient les personnes malades et leurs proches.

C. Favoriser le développement de la recherche.

D. Mettre en place une évaluation de programme incluant un système d'évaluation de la qualité

**A. Concevoir et implanter des protocoles, des normes ou des standards de pratique**

Les normes de pratique permettent de guider les praticiens en soins palliatifs sur les actes qui doivent être accomplis dans une situation donnée. Elles servent de guide dans l'élaboration du plan de services et

permettent de standardiser les pratiques. Ces normes sont garantes d'une amélioration de la qualité puisqu'elles sont établies par des experts en soins palliatifs qui ont mis en commun leurs connaissances et leur expérience. Elles permettent enfin de se situer par rapport à un idéal clinique et organisationnel.

Sous la responsabilité des agences régionales, chaque fournisseur de soins palliatifs doit implanter dans son milieu des normes ou des standards de pratique reconnus. À cet égard, ils peuvent s'inspirer des normes de pratique élaborées par le Réseau québécois de soins palliatifs ou du guide de l'Association canadienne de soins palliatifs.[58] Ce guide prometteur, réalisé en collaboration avec les associations des provinces, aborde toutes les dimensions de la pratique en soins palliatifs.

Le ministère de la Santé et des Services sociaux doit pour sa part appuyer l'élaboration et l'implantation de nouvelles normes de pratique pour chaque discipline agissant en soins palliatifs, en collaboration avec le Réseau québécois de soins palliatifs et les associations professionnelles. Une des priorités à cet égard concerne l'élaboration de critères destinés à baliser le passage des soins curatifs à des soins palliatifs, et qui faciliteront ainsi le travail du personnel clinique.

### B. Améliorer la formation de base et la formation continue pour l'ensemble des personnes qui côtoient les personnes malades et leurs proches

La complexité des besoins en soins palliatifs amène plusieurs catégories de professionnels de la santé à intervenir auprès de la personne malade et de ses proches. Ces professionnels doivent posséder les compétences de base pour donner des soins palliatifs. Les bénévoles doivent aussi acquérir les aptitudes et les connaissances pour soutenir les personnes malades en fin de vie.

Les professionnels doivent donc avoir reçu une formation de base qui prépare à cette approche, ou acquérir des connaissances par l'entremise de la formation en cours d'emploi ou de la formation continue. Des programmes à l'intention des bénévoles sont aussi nécessaires.

La formation doit tenir compte des différentes catégories de personnes malades que rencontrent les intervenants : enfants et adolescents, personnes atteintes de cancer, de maladies cardiovasculaires, de diabète, de maladies neurologiques, etc. Il ne s'agit pas d'encourager la spécialisation à outrance des soins palliatifs, mais de faire en sorte que les intervenants aient les connaissances de base par rapport à une clientèle particulière.

Peu importe la clientèle visée, la formation doit être donnée à l'aide d'outils standardisés conçus en collaboration avec les partenaires du réseau de la santé et des services sociaux et les milieux d'enseignement. Même si la responsabilité de la formation du personnel du réseau a été décentralisée vers les agences régionales il y a plusieurs années, le Ministère devrait aussi veiller à ce que les objectifs soient atteints sur l'ensemble du territoire québécois.

Les milieux de formation en soins palliatifs doivent être officiellement accrédités. Les tâches de formation du personnel médical doivent être reconnues et rémunérées en conséquence par la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ). Enfin, une formation de qualité suppose aussi des milieux cliniques de qualité avec les infrastructures nécessaires.

---

[58] ASSOCIATION CANADIENNE DE SOINS PALLIATIFS, *Modèle de guide des soins palliatifs fondé sur les principes et les normes de pratique nationaux*, mars 2002.

Les équipes interdisciplinaires, et en particulier l'équipe suprarégionale, peuvent contribuer de façon significative à la détermination des besoins en formation dans les différentes régions du Québec.

*La formation de base*

Chaque programme de formation de niveau universitaire en sciences de la santé, en pharmacie ou en médecine doit comporter des cours et des stages pour approfondir les connaissances de la pratique auprès des personnes malades en fin de vie. Les cursus universitaires doivent être adaptés en conséquence.

Il existe un consensus sur le fait qu'il n'est pas souhaitable que les soins palliatifs deviennent une spécialité médicale. Il importe toutefois que tous les étudiants et les résidents en médecine soient davantage sensibilisés aux spécificités de la pratique en fin de vie. Par ailleurs, les facultés de médecine des universités canadiennes, dont quelques-unes au Québec, offrent déjà une formation plus avancée en médecine palliative. On ne peut qu'encourager toutes les facultés de médecine du Québec à accentuer leurs efforts pour que la formation prépare adéquatement les futurs médecins à reconnaître le moment où l'approche palliative devient indiquée et à donner les soins selon cette approche. La formation devrait aussi développer leur intérêt pour la pratique en équipe interdisciplinaire.

Il en est de même pour la formation des étudiants en pharmacie, qui doit également permettre d'acquérir des connaissances sur les spécificités des soins palliatifs, et pour celle des étudiants inscrits dans d'autres disciplines comme les sciences infirmières (au niveau universitaire) ou les techniques infirmières (au niveau collégial). La formation de niveau secondaire pour les infirmières auxiliaires doit aussi prévoir l'acquisition de connaissances en soins palliatifs.

En plus de leur formation de base, les préposés aux bénéficiaires et les auxiliaires familiales doivent être formés à l'approche palliative en cours d'emploi puisqu'ils sont en contact direct avec les personnes malades.

*La formation en cours d'emploi et la formation continue*

Toutes les personnes qui, même sporadiquement, interviennent auprès des personnes malades en fin de vie, doivent avoir une formation adéquate. À cet égard, les agences régionales, en collaboration avec les établissements, s'assureront que le personnel concerné possède les connaissances requises pour exercer dans ce secteur particulier.

À cet effet, le Ministère verra à soutenir les agences régionales en contribuant, en partenariat avec les établissements d'enseignement, à l'élaboration d'outils de formation et d'intervention (cours, trousses, formation à distance, etc.) à la fine pointe des connaissances et des méthodes pédagogiques.

Les soignants qui veulent développer encore plus leur expertise et mettre à jour leurs connaissances devraient pouvoir compter sur des programmes de formation continue dans toutes les régions du Québec. Chaque équipe de soins palliatifs devrait en effet comprendre un certain nombre de membres expérimentés et bien formés. Les administrations devraient encourager leur personnel à parfaire ses connaissances sur les besoins des personnes malades et des proches en facilitant leur participation à des groupes de discussion et des études de cas, notamment pour savoir comment agir dans des situations complexes où une dimension d'ordre éthique entre en jeu.

Les programmes de formation doivent être adaptés aux besoins d'apprentissage particuliers des intervenants en fonction de leur profession et des caractéristiques socioéconomiques et culturelles des clientèles dont ils auront à s'occuper. Ces programmes doivent aussi couvrir la formation des pharmaciens de la communauté qui exercent auprès d'une clientèle vivant à domicile.

Des activités de formation aux besoins particuliers des proches ainsi que des ateliers sur le deuil doivent également être organisés à l'intention du personnel. La participation à des congrès, colloques et séminaires doit être facilitée pour mettre à jour les connaissances, et pour favoriser la mise en réseau et le partage des expériences cliniques entre les intervenants des différentes régions.

*La formation des bénévoles*

Les bénévoles doivent pouvoir compter sur une formation de base leur permettant d'acquérir les compétences que requiert la présence auprès des malades. Ils doivent apprendre à connaître leurs limites et à se situer en partenariat avec les professionnels de la santé. Cette formation de base leur permettra de mieux complémenter le travail des équipes de soins.

L'organisation de qui relèvent les bénévoles a la responsabilité de les former à l'aide d'outils standardisés, avec le soutien des agences régionales. Dans le cas d'un organisme, les établissements qui bénéficient de ses services doivent l'appuyer dans cette tâche.

**C. Mettre en place une évaluation de programme incluant un système d'évaluation de la qualité**

C'est à l'aide d'indicateurs de résultats que le Ministère pourra comparer la situation québécoise à celle des autres provinces canadiennes et d'autres pays.

Dans les établissements, un système de mesure de la qualité des services doit être mis en place pour s'assurer que chaque fournisseur s'acquitte de ses responsabilités et que les services offerts répondent à des standards ou des normes de qualité. Ce système doit inclure des mesures de la satisfaction des personnes malades et des proches. Il reviendra notamment aux conseils d'agrément en place de s'engager dans cette démarche.

**D. Favoriser le développement de la recherche**

La recherche en soins palliatifs constitue une voie essentielle pour améliorer la qualité des services. Beaucoup reste à faire à cet égard car la médecine palliative est une discipline relativement jeune. En matière de recherche, les fournisseurs de services en relation avec les milieux universitaires détiennent une position privilégiée.

Le gouvernement du Québec doit soutenir la recherche en soins palliatifs et s'assurer que les organismes subventionnaires, comme le Fonds de la recherche en santé du Québec (FRSQ) et le Fonds de la recherche sur la société et la culture (FRSC), fassent des soins palliatifs une priorité.

Le gouvernement du Québec doit aussi appuyer la recherche qui favorisera l'implantation de la présente politique. Il doit s'inscrire comme partenaire dans différents projets de recherche afin que les équipes existantes soient compétitives avec l'ensemble des réseaux de recherche en émergence au niveau

canadien. Il doit aussi faciliter le regroupement des forces vives en recherche sur les soins palliatifs sur la scène nationale.

### Quatrième orientation

### Une sensibilisation des intervenants au caractère inéluctable de la mort

Les attitudes sociales envers la mort posent un défi au développement des soins palliatifs. La société a tendance à occulter le phénomène de la mort et les individus la considèrent comme un sujet tabou, ce qui les empêche de s'y préparer sauf lorsqu'ils y sont eux-mêmes confrontés, directement ou indirectement. En conséquence, leurs attentes par rapport à la médecine et la technologie peuvent paraître quelquefois démesurées, et constituer un obstacle à la mise en œuvre de soins palliatifs au moment opportun. Enfin, les valeurs et les attitudes envers la mort influencent la façon dont les services sont offerts par le personnel soignant.

Cette politique considère donc que les intervenants doivent être sensibilisés au caractère inéluctable et naturel de la mort afin qu'ils aident les individus à s'y préparer. Cette sensibilisation doit être continue et adaptée aux particularités et valeurs de la société québécoise.

Dans la foulée de cette politique, le Ministère définira avec ses partenaires une stratégie de sensibilisation dont le message pourra varier selon le public cible auquel il s'adresse : les professionnels de la santé, les gestionnaires, les proches, etc. Les organismes communautaires et les bénévoles pourront aussi être visés par ces messages.

Cette stratégie de communication encouragera la discussion sur le sens et sur les valeurs de la vie. Elle mettra l'accent sur la solidarité humaine, l'entraide et la compassion pour cette période de la vie marquée par la fragilité et les bilans. Cette campagne aura un contenu éducatif, mais évitant tout discours moralisateur, sur les possibilités qui s'offrent en fin de vie, et visera à ce que les citoyens comme les intervenants du milieu puissent s'y retrouver et sachent vers qui se diriger selon la situation.

Elle devra aussi être adaptée aux caractéristiques socioéconomiques et culturelles de l'ensemble de la société québécoise. Ainsi, l'approche et le message doivent pouvoir s'adapter aux rites et croyances propres aux différentes communautés culturelles et autochtones. Elle devra enfin traiter avec pertinence de l'aspect spirituel qui se rattache au phénomène de la mort.

Cette stratégie doit s'accompagner de mesures concrètes pour aider les personnes malades, les proches et le personnel soignant à prendre des décisions selon l'évolution de la maladie. Ces mesures viseront par exemple à faire connaître les droits des personnes ou permettront de favoriser le dialogue sur les volontés en fin de vie. Ainsi, des directives émises par la personne encore lucide sur des aspects concernant la fin de sa vie pourront s'avérer précieuses. Ces directives peuvent faciliter la décision de cesser un traitement autant pour l'équipe soignante que pour les proches.

Il convient de faire la promotion de ces moyens qui permettent à la fois de prendre conscience de notre état de mortel et de s'interroger sur nos valeurs profondes face à la vie et à la mort.

## *Les objectifs régionaux*

L'organisation des services de soins palliatifs dans les Laurentides vise les objectifs suivants :

- Favoriser le maintien dans le milieu de vie naturel des personnes en phase terminale ou préterminale de la maladie en assurant des services intensifs de soutien à domicile aux personnes et à leurs proches par les CLSC et les organismes communautaires (rehaussement du plafond de 35 heures/semaine; ce plafond est déjà effectivement dépassé dans plusieurs cas desservis à domicile par les CLSC);
- Favoriser la mise en place de ressources alternatives à l'hospitalisation et à l'hébergement en CHSLD telles les maisons de soins palliatifs et les ressources intermédiaires pour la personne qui n'a plus besoin de soins actifs et qui ne peut plus demeurer à domicile;
- Assurer la coordination et la complémentarité des services dispensés par les divers partenaires concernés.

En lien avec les lacunes identifiées par le comité régional, l'organisation des services de soins palliatifs devrait viser les objectifs suivants :

- Établir des protocoles d'interventions et de soins standardisés au niveau des divers partenaires concernés : CLSC, CH, CHSLD;
- Établir des mécanismes de coordination intra et interétablissements entre les intervenants;
- Mettre en place des intervenants pivots (ex. infirmières cliniciennes, intervenants sociaux) pour guider les personnes malades dans le continuum de services;
- Mettre en place des équipes interdisciplinaires par territoire coordonnées par des intervenants pivots ;
- Mettre en place des programmes de formation (ex. journées scientifiques, colloques) à l'intention des intervenants concernés (ex. médecins, professionnels, préposés, bénévoles);
- Mettre en place des activités d'information à l'intention de la population concernant les services offerts par les divers partenaires : CLSC, CH, CHSLD, cliniques privées, organismes communautaires;
- Informer les médecins et les familles au niveau du mourir à domicile afin de prévenir un recours indu à l'hospitalisation;
- Ajouter des ressources humaines et financières consacrées au soutien à domicile (professionnels, auxiliaires familiales et sociales, gardiennage);
- Ajouter des médecins pour assurer la garde médicale dans chacun des territoires;
- Ajuster les budgets des établissements en lien avec la hausse importante du coût des médicaments.

### Gamme de services

Le modèle d'organisation des services en soins palliatifs dans la région des Laurentides prévoit l'accès à la gamme de services suivante dans chaque territoire local:

- CLSC : programme de soutien à domicile;
- organismes communautaires impliqués en oncologie;
- cliniques médicales privées et groupes de médecine familiale (GMF);

- pharmacies;
- maisons de soins palliatifs;
- ressources intermédiaires : hébergement temporaire;
- CHSLD : hébergement temporaire;
- CHSLD : soins palliatifs pour la clientèle résidante;
- centres hospitaliers : soins palliatifs pour la clientèle hospitalisée.

La liste actuelle et projetée des dispensateurs de services en soins palliatifs par territoire selon les différents types de services énumérés ci-haut apparaît à l'Annexe B.

Il appartiendra aux réseaux locaux de services de déterminer concrètement la gamme de services en soins palliatifs à rendre accessible dans leur territoire respectif de façon à répondre aux besoins de la clientèle en phase préterminale ou terminale de vie et à leurs proches.

Dans le cadre du Programme québécois de lutte contre le cancer, les équipes interdisciplinaires locales d'oncologie doivent offrir aux personnes atteintes de cancer en phase palliative et à leurs proches les services suivants :[59]

- Surveillance des symptômes;
- Conseil aux équipes de maintien à domicile ou aux médecins de famille;
- Soutien aux proches qui s'occupent de la personne malade;
- Réponse aux appels 7 jours sur 7, 24 heures sur 24;
- Identification des risques de deuil pathologique, référence auprès des ressources spécialisées, suivi de ces personnes un an après le deuil;
- Suivi de deuil auprès des proches;
- Services de garde en pharmacie, de gardiennage de nuit, de répit;
- Soins d'hygiène et d'entretien 2 heures par jour.

**Lieux de dispensation des services**

Divers lieux existent au Québec pour la dispensation de services en soins palliatifs :

- Unités de soins palliatifs en centre hospitalier;
- Unités de soins palliatifs en CHSLD;
- Maisons de soins palliatifs (OSBL);
- Ressources intermédiaires spécialisées dans les soins palliatifs;
- Programme de soins palliatifs à domicile avec l'aide du CLSC et des organismes communautaires.

**Rôles et responsabilités des partenaires concernés**

Les rôles et responsabilités des partenaires concernés se définissent comme suit :

[59] Régie régionale de la santé et des services sociaux des Laurentides, Direction régionale des affaires médicales et hospitalières, *Version synthèse, La lutte au cancer dans les Laurentides : État de situation au 31 mars 2002*, 2002, 68 pages, page 21.

### Centres hospitaliers (CH)

Offrir des services de soins palliatifs à une clientèle en phase terminale ou préterminale de maladie qui nécessite le plateau technique d'un centre hospitalier.

### Centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD)

Offrir des services de soins palliatifs à une clientèle en phase terminale ou préterminale de maladie qui ne nécessite pas le plateau technique du centre hospitalier; la clientèle est soit déjà en hébergement permanent en CHSLD ou bien elle ne peut pas demeurer à domicile avec le support des proches aidants et elle peut bénéficier d'un milieu de vie et de soins de type CHSLD.

### Maisons de soins palliatifs

Offrir des services de soins palliatifs à une clientèle en phase terminale ou préterminale de maladie qui ne nécessite pas le plateau technique du centre hospitalier; la clientèle ne peut pas ou ne veut pas demeurer à domicile avec le support des proches aidants et elle peut bénéficier d'un milieu de vie et de soins de type maison de soins palliatifs.

### Ressources intermédiaires

Offrir des services de soins palliatifs à une clientèle en phase terminale ou préterminale de maladie qui ne nécessite pas le plateau technique du centre hospitalier; la clientèle ne peut pas ou ne veut pas demeurer à domicile avec le support des proches aidants et elle peut bénéficier d'un milieu de vie et de soins de type ressource intermédiaire. La ressource intermédiaire est rattachée par contrat de service à un établissement public.

### CLSC

Offrir des services de soins palliatifs à une clientèle en phase terminale ou préterminale de maladie qui ne nécessite pas le plateau technique du centre hospitalier; la clientèle peut demeurer à domicile avec le support des proches.

### Organismes communautaires

Offrir des services de soins palliatifs à une clientèle en phase terminale ou préterminale de maladie à une clientèle qui désire demeurer à domicile avec le support des proches aidants et des bénévoles.

### Ressources en place ou en projet

Les ressources en place ou en projet au niveau des divers partenaires concernés s'établissent comme suit.

### Centres hospitaliers (CH)

Il n'y a pas à proprement parler d'unité de soins palliatifs dans nos centres hospitaliers. Cependant, plusieurs CH consacrent un certain nombre de lits aux soins palliatifs dans des unités de médecine.

En pratique, suite à une récente enquête téléphonique, le nombre de lits occupés effectivement par des personnes en soins palliatifs est supérieur aux lits officiellement identifiés.

| CH | Nombre de lits consacrés officiellement aux soins palliatifs (espaces en moins) | Nombre de lits occupés effectivement par des personnes en soins palliatifs |
|---|---|---|
| Hôtel-Dieu de Saint-Jérôme | 4 | 15 à 20 |
| Établissement de santé d'Argenteuil | 4 | 2 à 3 |
| CH et CR Antoine-Labelle Mont-Laurier | 4 | 5 |
| CH et CR Antoine-Labelle L'Annonciation | 2 | 5 |
| CH-CLSC-CHSLD des Sommets* | 0 | 10 |
| CH Saint-Eustache | 0 | 5 |
| **Total CH** | **14** | **42 à 48** |

* Projet de relocalisation et de reconnaissance de 8 lits de soins palliatifs à l'intérieur de la nouvelle construction de 128 lits de CHSLD prévue d'ici 2006. Il existe une clinique externe en soins palliatifs à ce centre hospitalier.

### Centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD)

Il n'y a pas à proprement parler d'unité de soins palliatifs dans nos CHSLD. Cependant, deux CHSLD consacrent un certain nombre de lits aux soins palliatifs dans leurs lits d'hébergement temporaire.

| CHSLD | Nombre de lits de soins palliatifs |
|---|---|
| CLSC-CHSLD Thérèse-de-Blainville | 8 lits |
| CHSLD de la Rive et de Mirabel | 3 à 4 lits |
| **Total CHSLD** | **11 à 12 lits** |

Il est à noter qu'il n'existe pas de ratio connu au plan provincial pour estimer le nombre de places d'hébergement requises en soins palliatifs.

Il est à noter également que la clientèle hébergée en CHSLD décède en très grande majorité dans son établissement d'hébergement et n'est transférée que très exceptionnellement en centre hospitalier.

De plus, la clientèle hospitalisée qui est en phase préterminale ou terminale de maladie, qui ne requiert plus le plateau technique du centre hospitalier et dont l'état est stable, est référée en CHSLD ou dans une ressource intermédiaire qui y est rattachée lorsque le retour à domicile s'avère impossible.

### Maisons de soins palliatifs

Il existe présentement quatre projets de maisons de soins palliatifs parrainés par des organismes sans but lucratif (OSBL) dans la région des Laurentides.

| Projets de maison de soins palliatifs | Nombre de places prévues | Localisation prévue |
|---|---|---|
| Maison Raymond Blais (Fondation Drapeau Deschambault) | 15 | Sainte-Thérèse |
| Maison de soins palliatifs de la Rivière du Nord (Pallia-Vie) | *9* | Saint-Jérôme |
| Le Phare, Maison de soins palliatifs de Saint-Eustache (SERCAN) | 4 | Saint-Eustache |
| Maison de soins palliatifs des Laurentides | *9* | Sainte-Agathe |
| Total | *37* | |

**Ressources intermédiaires**

Une ressource intermédiaire offre des services de soins palliatifs dans ses lits d'hébergement temporaire à usage polyvalent (répit, convalescence, transition, soins palliatifs).

| Ressource intermédiaire | Nombre de places | Localisation |
|---|---|---|
| Franc | 1 à 2 | Saint-Janvier |

**CLSC**

Tous les CLSC de la région offrent un programme de services intensifs de soutien à domicile (SISAD) pour la personne en phase préterminale ou terminale qui choisit de décéder à domicile ainsi que pour sa famille. L'intensité des services offerts devrait être augmentée de façon à mieux répondre aux besoins des personnes et de leurs proches.

**Services offerts en CLSC en soutien à domicile auprès de la personne en soins palliatifs (clientèle priorisée)**

Services intensifs de soutien à domicile comprenant au besoin :

- Soins infirmiers;
- Soins d'inhalothérapie;
- Services médicaux;
- Services psychosociaux;
- Services d'ergothérapie et de physiothérapie;
- Services de diététique et de pharmacie;
- Soins d'assistance par auxiliaire familiale ou ressource privée (chèque emploi service);
- Services de gardiennage par ressource privée (chèque emploi service).

On peut consulter à l'Annexe B des statistiques sur les services dispensés par les 7 CLSC de la région aux personnes en soins palliatifs à domicile en 2000-2001 et en 2001-2002.

### Organismes communautaires

Certains organismes communautaires offrent des services de support aux familles et de l'accompagnement aux personnes atteintes de cancer en phase terminale ou préterminale à domicile. Ils travaillent en collaboration avec les centres hospitaliers et les CLSC.

| Organisme | Localisation | Territoire desservi |
|---|---|---|
| Pallia-Vie | Saint-Jérôme | Arthur-Buies, Pays-d'en-Haut, Thérèse-de-Blainville |
| Sercan | Saint-Eustache | J.-O. Chénier |
| Groupe d'entraide Claire Voie | Mont-Laurier | Hautes-Laurentides |
| Albatros 06 | Mont-Laurier | Hautes-Laurentides |
| Société canadienne du cancer | Saint-Jérôme | Tous les territoires |
| Groupe de soutien du cancer de la région des Laurentides | Val-David | Arthur-Buies, Argenteuil, Pays-d'en-Haut, Trois-Vallées |
| Leucan | Sainte-Thérèse | Tous les territoires |

### Données budgétaires

Les per diem consentis ou demandés en soins palliatifs varient de façon importante selon les milieux de vie où séjournent les personnes en phase terminale ou préterminale de maladie. Ces coûts sont relatifs à la structure des soins et des services offerts dans les divers lieux de dispensation. La structure de soins peut donc être très variable d'un milieu de soins à l'autre.

| Lieux de dispensation actuels | Per diem approximatif | Coût annuel approximatif par lit |
|---|---|---|
| Centres hospitaliers | 250 $ à 300 $ | 91 250 $ à 109 500 $ |
| CHSLD : unité de soins palliatifs Drapeau Deschambault | 174 $ | 63 547 $ |
| CHSLD : lit régulier | 145 $ | 52 925 $ |
| Maisons de soins palliatifs (autres régions) | 113 $ à 386 $ | 41 245 $ à 140 890 $ |
| Ressource intermédiaire Franc | 101 $ | 36 865 $ |
| Domicile (SISAD) * | 97 $ | 35 405 $ |

* Le per diem moyen de 97 $ est basé sur 7 heures/semaine de nursing, 7 heures/semaine d'auxiliaire familiale et 35 heures/semaine de gardiennage. Ce per diem est effectivement plus élevé dans des cas qui peuvent nécessiter jusqu'à 60-75 heures de gardiennage par semaine. À ce per diem, s'ajoutent les coûts des fournitures et des médicaments.

### Coûts de fonctionnement des lits de soins palliatifs en centre hospitalier et en CHSLD

Le nombre de lits réservés pour les soins palliatifs est minime dans les CH et les CHSLD où il y en a et ces lits sont inclus à l'intérieur des unités de soins. De plus, les CH et les CHSLD fonctionnent sur la base d'un budget global.

Il faudrait donc faire une étude plus pointue auprès des services administratifs des CH et des CHSLD concernés pour voir s'il est possible de calculer spécifiquement les coûts générés par les lits de soins palliatifs : structure de soins, médication, services de support.

## Avantages et contraintes selon les lieux de dispensation

| Lieux de dispensation | Avantages | Contraintes |
|---|---|---|
| **Centre hospitalier** | • Présence du plateau technique<br>• Présence d'une équipe interdisciplinaire dans certains CH<br>• Économies d'envergure dans les plus petits milieux | • Milieu médicalisé comparé au milieu de vie<br>• Occupation de lits par des personnes n'ayant plus besoin de soins actifs requérant un plateau technique<br>• Coût plus élevé qu'en CHSLD, en ressources intermédiaires (RI) et à domicile<br>• Formation du personnel à consolider |
| **CHSLD** | • Présence d'une équipe interdisciplinaire dans certains CHSLD<br>• Organisation de soins déjà présente en partie (équipe à consolider)<br>• Contrôle des admissions par le réseau public<br>• Milieu de vie plus humanisé avec toute la structure exigée par la philosophie des soins palliatifs<br>• Milieu moins médicalisé qu'en CH<br>• Économie d'échelle possible par la répartition des coûts de la structure de soins sur l'ensemble de la clientèle hébergée nécessitant des services communs<br>• Coût moins élevé qu'en CH | • Absence de plateau technique<br>• Occupation de certains lits par des personnes de moins de 65 ans (ex. cancer)<br>• Structure de soins et de coûts à repenser en fonction de la clientèle en soins palliatifs<br>• Environnement physique à repenser en fonction de l'âge et de la situation des personnes hébergées<br>• Coût plus élevé qu'en RI et qu'à domicile<br>• Formation du personnel à consolider |
| **Maison de soins palliatifs (OSBL)** | • Présence équipe interdisciplinaire<br>• Reproduction du milieu de vie naturel avec des services professionnels adaptés | • Pas de contrôle des admissions par le réseau public<br>• Absence de programme d'assurance qualité : les services professionnels devraient être assurés par le personnel du réseau public<br>• Coût double vs CHSLD<br>• Coût triple vs RI et domicile<br>• Formation du personnel à consolider |
| **Ressource intermédiaire** | • Contrôle des admissions par le réseau public<br>• Coût moins élevé qu'en CH, CHSLD et OSBL | • Services professionnels ne doivent pas être dispensés par la RI mais par un établissement public ou par des professionnels en privé (entente de service)<br>• Formation du personnel à consolider |
| **Domicile** | • Permet à la personne de demeurer dans son milieu de vie naturel<br>• Permet à la famille un accompagnement de son parent dans son milieu de vie naturel<br>• Milieu idéal pour la personne et sa famille, moyennant un soutien maximal exigé selon leurs besoins.<br>• Évite l'isolement de la personne par rapport à sa famille.<br>• Malgré les ressources exigées, c'est l'alternative la plus économique et la plus humaine<br>• Coût moins élevé qu'en milieu substitut | • Mythes et préjugés dans la population à l'égard du mourir à domicile<br>• Risque d'épuisement pour les proches aidants<br>• Pertes de revenus pour les proches aidants<br>• Coût élevé des fournitures et des médicaments<br>• Mobilise beaucoup de ressources humaines et financières du CLSC (SISAD)<br>• Formation du personnel de CLSC à consolider |

### Mécanisme de coordination

Les principaux partenaires suivants sont concernés par l'organisation des services de soins palliatifs dans chaque territoire de la région :

- Centres hospitaliers (CH);
- CHSLD;
- CLSC;
- Cliniques médicales privées et GMF;
- Pharmacies;
- Organismes communautaires en soins palliatifs;
- Maisons de soins palliatifs (OSBL) (le cas échéant);
- Ressources intermédiaires en soins palliatifs (le cas échéant).

Les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux s'acquitteraient du mandat de coordination des services de soins palliatifs.

Ils devraient donc s'assurer :

- de consolider la gamme de services pour les personnes en soins palliatifs de leur territoire respectif;
- d'établir des liens de collaboration et de complémentarité entre les divers partenaires concernés de leur territoire respectif.

Dans le cadre du Programme québécois de lutte contre le cancer, le Comité de lutte contre le cancer des Laurentides aura un rôle conseil important à jouer auprès des divers partenaires concernés.

### Mécanisme d'accès

L'accès aux divers services de soins palliatifs tant à domicile qu'en milieu substitut (ressources intermédiaires, maisons de soins palliatifs, CHSLD) devrait être sous la responsabilité des CLSC en tant qu'organisme pivot au niveau des services de première ligne.

À ce titre, le financement public accordé éventuellement aux projets de maison de soins palliatifs présentés par des OSBL devrait être conditionnel :

- au contrôle des admissions par les CLSC concernés;
- à l'encadrement et à la supervision professionnelle des services dispensés par une maison de soins palliatifs par le biais d'un établissement public.

## *Cibles d'action régionales, indicateurs de résultats et partenaires*

Afin de mieux cerner les actions que nous souhaitons entreprendre, au cours des trois prochaines années, avec tous les partenaires concernés des Laurentides, nous nous sommes inspirés de la politique de soins palliatifs de fin de vie et avons regroupé, dans le tableau qui suit, les principales cibles régionales et ses indicateurs de résultats correspondants, et ce, pour les trois orientations de la politique à savoir l'équité d'accès aux services de première, deuxième et troisième lignes, la continuité de services entre les différents sites de prestation et la qualité des services offerts par les équipes interdisciplinaires.

**Cibles d'action régionales pour 2005**

- Afin d'assurer l'équité d'accès aux services : Offrir une gamme de services en soins palliatifs de première, de deuxième et de troisième lignes avec l'intensité et la diversité requises, adaptée aux stades d'évolution de la maladie et centrée sur les besoins et les choix des personnes malades et de leurs proches, plus spécifiquement :
  - -Accroître l'accès aux services de soins palliatifs à domicile;[60]
  - -Rendre accessibles les services 24/7 dans le tiers des CLSC;
  - -Offrir les services de répit et de dépannage en hébergement temporaire dans le tiers des sites de prestation;
  - -Déterminer les besoins d'unités de soins palliatifs avec des lits regroupés en CH ou en CHSLD sur tout le territoire;
  - -Doter le tiers des CHSLD d'un programme en soins palliatifs pour la clientèle résidante;
  - -Implanter les équipes interdisciplinaires en soins palliatifs dans au moins le tiers des sites de prestation, à savoir, les CLSC, les CHSLD, les CH et les maisons de soins palliatifs, et ce, à tous les niveaux des services ; première, deuxième et troisième lignes, rencontrant les conditions minimales suivantes : un médecin, une infirmière, un intervenant psychosocial et des liens fonctionnels établis avec les intervenants en oncologie et les réseaux locaux de services;
  - -Uniformiser les critères d'admissibilité et les modalités d'accès aux programmes et aux services en soins palliatifs selon les divers sites de prestation des Laurentides;
  - -Uniformiser la contribution financière des personnes malades sur tout le territoire;
  - -Informer la population sur les services offerts.

**Indicateurs de résultats pour 2005**

- Le nombre de personnes malades desservies en soins palliatifs à domicile et le nombre moyen d'interventions en soins palliatifs à domicile. [61]
- Le nombre de CLSC ayant un service téléphonique 24/7 avec une ligne dédiée aux clientèles vulnérables; le délai moyen d'accès aux services selon le type de service et le CLSC; la durée médiane de survie des personnes malades après leur orientation vers le CLSC; la couverture pharmaceutique 24/7 selon le CLSC.
- Le nombre de services de répit et de dépannage en hébergement temporaire selon le site de prestation.
- L'existence d'un programme de soins palliatifs en CHSLD.
- La présence d'une équipe interdisciplinaire et sa composition selon le site de prestation; le nombre et la proportion de personnes malades ayant un Plan d'intervention ou un Plan de services individualisé par période; la présence d'une équipe suprarégionale en soins palliatifs.
- L'existence d'un protocole pour l'application des critères d'admissibilité et des modalités d'accès aux programmes.
- L'existence d'un guide régional standardisé sur la contribution financière de la personne malade selon le site de prestation.
- Le nombre d'activités d'information auprès de la population et le nombre d'outils d'information développés.

[60] Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Cahier des charges, document préparatoire à la signature de l'entente de gestion et d'imputabilité à intervenir entre une agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux et le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec*, Québec, Avril 2004, page 31.

[61] Loc. cit.

**Cibles d'action régionales pour 2005**

- Afin de permettre la coordination et la continuité de services entre les différents sites de prestation :
  - -Mettre en place, sous la responsabilité de l'Agence, une instance régionale de concertation entre les gestionnaires de services en soins palliatifs qui veillera notamment à définir et à clarifier les responsabilités de chacun des fournisseurs de services;
  - -Utiliser dans le tiers des territoires locaux de services de santé et de services sociaux des lignes directrices sur le passage d'objectifs curatifs à palliatifs, un mécanisme de référence systématique vers les soins palliatifs dans la communauté au moment opportun et les services d'un professionnel de la santé qui veillera à coordonner les services en soins palliatifs, entre autres, en instaurant un mécanisme de liaison entre les sites de prestation et des moyens de communication efficaces entre les intervenants. (Comme la politique privilégie le maintien de la personne malade dans son milieu de vie, cette personne devrait relever administrativement du CLSC.);
  - -Mettre en place dans le tiers des CLSC des intervenants pivots pour guider les personnes malades dans le continuum de services.

**Indicateurs de résultats pour 2005**

- La présence d'une instance régionale de concertation, sa composition et le nombre de réunions par année; le dépôt d'ici le 31 mars 2005 à l'Agence des rôles et des responsabilités de chaque fournisseur de services de soins palliatifs.
- Le nombre de discussions de cas de l'équipe soignante (notamment l'équipe interdisciplinaire en oncologie) liées au passage d'objectifs curatifs à palliatifs par site de prestation à l'intérieur d'un Plan d'intervention; le degré d'utilisation des lignes directrices par type de fournisseur de services; le nombre de CLSC ayant mis en place la fonction de coordination des soins palliatifs; le nombre de Plan de services individualisés dont la coordination est assumée par les CLSC.
- Le nombre d'intervenants pivots en CLSC.

**Cibles d'action régionales pour 2005**

- Afin d'assurer la qualité des services offerts par les équipes interdisciplinaires :
  - -Utiliser des normes et des standards de pratique reconnus dans le tiers des sites de prestation;
  - -Offrir des programmes de formation de base et de formation continue pour améliorer les compétences des intervenants et des bénévoles dans le tiers des sites de prestation des services;
  - -Utiliser un système d'évaluation de la qualité en regard de normes et de standards de pratique reconnus dans le tiers des sites de prestation des services.

**Indicateurs de résultats pour 2005**

- Le nombre et les types de site de prestation utilisant des normes et standards de pratique reconnus.
- Le nombre et les types de milieu de formation offrant une formation de base, y compris l'interdisciplinarité, adaptée à l'approche en soins palliatifs par type de discipline, par année.
- La présence d'un système d'évaluation de la qualité en regard de normes et de standards de pratique reconnus dans tous les sites de prestation des services.

**Cibles d'action régionales pour 2007**

- Afin d'assurer l'équité d'accès aux services : Offrir une gamme de services en soins palliatifs de première, de deuxième et de troisième lignes avec l'intensité et la diversité requises, adaptée aux stades d'évolution de la maladie et centrée sur les besoins et les choix des personnes malades et de leurs proches, plus spécifiquement :
  - -Rendre accessibles les services 24/7 dans tous les CLSC;
  - -Offrir les services de répit et dépannage en hébergement temporaire dans tous les sites de prestation;
  - -Doter tous les CHSLD d'un programme en soins palliatifs pour la clientèle résidante;
  - -Implanter les équipes interdisciplinaires en soins palliatifs dans tous les sites de prestation, à savoir, les CLSC, les CHSLD, les CH et les maisons de soins palliatifs, et ce, à tous les niveaux des services ; première, deuxième et troisième lignes, rencontrant les conditions minimales suivantes : un médecin, une infirmière, un intervenant psychosocial et des liens fonctionnels établis avec les intervenants en oncologie et les réseaux locaux de services;
  - -Informer la population sur les services offerts.

**Indicateurs de résultats pour 2007**

- Le nombre de CLSC ayant un service téléphonique 24/7 avec une ligne dédiée aux clientèles vulnérables; le délai moyen d'accès aux services selon le type de service et le CLSC; la durée médiane de survie des personnes malades après leur orientation vers le CLSC; la couverture pharmaceutique 24/7 selon le CLSC.
- Le nombre de services de répit et de dépannage en hébergement temporaire selon le site de prestation.
- L'existence d'un programme de soins palliatifs en CHSLD.
- La présence d'une équipe interdisciplinaire et sa composition selon le site de prestation; le nombre et la proportion de personnes malades ayant un Plan d'intervention ou un Plan de services individualisé par période; la présence d'une équipe suprarégionale en soins palliatifs.
- Le nombre d'activités d'information auprès de la population et le nombre d'outils d'information développés.

**Cibles d'action régionales pour 2007**

- Afin de permettre la coordination et la continuité de services entre les différents sites de prestation :
  - -Mettre en place dans tous les territoires locaux de services de santé et de services sociaux un professionnel de la santé qui veillera à coordonner les services en soins palliatifs, entre autres, en instaurant un mécanisme de liaison entre les sites de prestation et des moyens de communication efficaces entre les intervenants;
  - -Mettre en place dans tous les CLSC des intervenants pivots pour guider les personnes malades dans le continuum de services.

**Indicateurs de résultats pour 2007**

- Le nombre de discussions de cas de l'équipe soignante (notamment l'équipe interdisciplinaire en oncologie) liées au passage d'objectifs curatifs à palliatifs par site de prestation à l'intérieur d'un Plan d'intervention; le degré d'utilisation des lignes directrices par type de fournisseur de services; le nombre de CLSC ayant mis en place la fonction de coordination des soins palliatifs; le nombre de Plan de services individualisés dont la coordination est assumée par les CLSC.
- Le nombre d'intervenants pivots en CLSC.

**Cibles d'action régionales pour 2007**

- Afin d'assurer la qualité des services offerts par les équipes interdisciplinaires :
  - -Utiliser des normes et des standards de pratique reconnus dans tous les sites de prestation;
  - -Offrir des programmes de formation de base et de formation continue pour améliorer les compétences des intervenants et des bénévoles dans tous les sites de prestation des services;
  - -Utiliser un système d'évaluation de la qualité en regard de normes et de standards de pratique reconnus dans tous les sites de prestation des services.

**Indicateurs de résultats pour 2007**

- Le nombre et les types de site de prestation utilisant des normes et standards de pratique reconnus.
- Le nombre et les types de milieu de formation offrant une formation de base, y compris l'interdisciplinarité, adaptée à l'approche en soins palliatifs par type de discipline, par année.
- La présence d'un système d'évaluation de la qualité en regard de normes et de standards de pratique reconnus dans tous les sites de prestation des services.

**Partenaires**

- Au niveau régional : Agence
- Au niveau local : CH, CHSLD, CLSC, Maisons de soins palliatifs, directions générales des réseaux locaux, membres des équipes interdisciplinaires de soins palliatifs et d'oncologie.

## Volet IV : Le maintien et l'amélioration de la qualité

### *La surveillance*

Comme le mentionne le MSSS,[62] la Loi sur la santé publique, adoptée en décembre 2001, comprend un chapitre sur la surveillance continue de l'état de santé de la population et de ses facteurs déterminants. Cette loi précise que la fonction de surveillance est confiée exclusivement au Ministre et aux directeurs de santé publique et ce sont eux qui doivent élaborer des plans de surveillance, en spécifiant entre autres les finalités recherchées, les objets de surveillance et les sources d'information nécessaires. Les indicateurs en matière de cancer sont les taux de mortalité selon les groupes d'âge, l'incidence des différents types de cancer, les indicateurs de morbidité et les données sociodémographiques. Comme on l'a constaté précédemment, le Plan d'action régional en santé publique des Laurentides propose des activités de surveillance précises en matière de cancer. De plus, régulièrement, la Direction régionale de santé publique publie des données relatives aux caractéristiques sociodémographiques de la région, aux indicateurs cancer et aux activités de dépistage du cancer.

### *L'évaluation*

L'évaluation du déploiement du Programme québécois de lutte contre le cancer dans la région des Laurentides doit à notre avis découler du MSSS par la mise en oeuvre d'un mécanisme formel d'évaluation provinciale de l'ensemble des stratégies proposées par le PQLC. Comme le propose le CQLC, l'évaluation du PQLC sera sous la responsabilité du MSSS en partenariat avec le CQLC, la Direction générale de la planification stratégique, de l'évaluation et de la gestion de l'information et le Centre de coordination nationale de la lutte contre le cancer au Québec.[63]

Comme le soulignait en 1997 le Comité consultatif sur le cancer :

> *Le suivi et l'évaluation seront encadrés par un mécanisme formel rassemblant des représentants de ces partenaires (ministère, agences régionales, CQLC, Institut national de santé publique du Québec). Ce groupe aura pour mandat de préciser et de raffiner les questions de suivi et d'évaluation, de définir les indicateurs, de planifier le calendrier de réalisation, de départager les responsabilités respectives et de prévoir les mécanismes de mise à profit des résultats obtenus.*[64]

Un cadre d'évaluation standardisé et applicable à l'ensemble des régions du Québec devrait ainsi être élaboré et inclure chacune des composantes du continuum cancer : prévention/promotion/dépistage, investigation/traitement/réadaptation, suivi/soutien, soins palliatifs. À cet effet, le PQLC[65] a formulé un modèle d'évaluation du programme fort pertinent identifiant les cibles d'action, les principaux moyens et les indicateurs d'effets que l'on peut consulter pour obtenir plus de précisions.

---

[62] MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Programme québécois de lutte contre le cancer, La lutte contre le cancer dans les régions du Québec, Un premier bilan*, Québec 2003, 392 pages, page 102.

[63] CONSEIL QUÉBÉCOIS DE LUTTE CONTRE LE CANCER, *Stratégie et plan d'action 2003-2005*, MSSS, Québec, Septembre 2003, 57 pages, page 41.

[64] COMITÉ CONSULTATIF SUR LE CANCER, *Programme québécois de lutte contre le cancer, Pour lutter efficacement contre le cancer, formons équipe*, MSSS, Québec, 1997, 185 pages, page 180.

[65] Ibid, page 179.

Au niveau régional, la réalisation de l'évaluation du programme nécessitera la collaboration de toutes les directions concernées de l'agence, plus spécifiquement la Direction régionale des affaires médicales et hospitalières et la Direction régionale de santé publique.

### *La circulation de l'information clinique*

La circulation de l'information clinique doit être systématisée à plusieurs niveaux :

- entre les omnipraticiens de la première ligne et les membres des équipes interdisciplinaires en oncologie;
- entre les membres d'une même équipe interdisciplinaire en oncologie;
- entre les équipes interdisciplinaires et les autres partenaires de leur bassin de desserte;
- entre les différentes équipes interdisciplinaires en oncologie.

Diverses stratégies peuvent être utilisées à ces fins soit, comme le proposait en 1997 le PQLC, le dossier oncologique unique, constitué de formulaires et rapports standardisés. Sous la responsabilité du Conseil québécois de lutte contre le cancer,[66] divers outils visant à faciliter les communications entre les intervenants sont en voie de réalisation. Deux types d'outil sont proposés par le CQLC, des outils de transfert d'information et des outils d'aide à l'intervention clinique, les voici :

- ✓ un outil d'aide à l'évaluation des symptômes (feuille de symptômes);
- ✓ une standardisation des rapports de pathologie oncologique (Rapports de pathologie oncologique standardisés);
- ✓ un outil standardisé de transfert des personnes atteintes des centres hospitaliers régionaux et universitaires vers les équipes interdisciplinaires locales d'oncologie (formulaire de transfert);
- ✓ un outil standardisé de transfert des personnes atteintes d'un cancer ayant besoin d'une pharmacothérapie (formulaire de transfert).

### *Les systèmes d'information*

Aujourd'hui, la synergie entre les progrès réalisés dans les domaines de la télémédecine, les télécommunications et la numérisation sont des leviers importants et incontournables pour l'implantation des réseaux intégrés de services et la modernisation clinique. Cette réalité se traduira dans les années à venir par le développement et la mise en commun des systèmes d'information clinique et une meilleure circulation d'information pertinente. D'ailleurs, un échange d'informations bien organisé permettra un meilleur partage de l'expertise clinique, ce qui constitue un des objectifs de la région à atteindre pour le bénéfice de nos patients et intervenants.[67]

Dans la région des Laurentides, plusieurs systèmes d'information clinique sont déjà opérationnels : le *Système d'information clientèle en hébergement et soins de longue durée (SICHELD)*, le *I-CLSC* qui intègre les systèmes actuels d'information clientèle en CLSC ainsi que le *Système d'information clientèle des*

[66] CONSEIL QUÉBÉCOIS DE LUTTE CONTRE LE CANCER, *Stratégie et plan d'action 2003-2005*, MSSS, Québec, Septembre 2003, 57 pages, page 45.

[67] RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DES LAURENTIDES, Direction des services administratifs, préhospitaliers et des ressources immobilières, *Plan directeur des ressources informationnelles, rapport final, version 2.1*, 1997.

*centres de réadaptation pour les personnes en déficience intellectuelle (SIC CRPDI)*, pour n'en nommer que quelques-uns. Depuis 1998, beaucoup de progrès ont été réalisés dans la région afin de favoriser une meilleure cohésion et transmission des résultats de laboratoires et d'imagerie médicale par la mise en place d'un système PACS[68] régional avec le rehaussement des modalités et l'informatisation des laboratoires de biologie médicale. De plus, l'accréditation de trois GMF actuellement et leur informatisation permettront les échanges d'information médicale plus facilement et rapidement qu'auparavant.

Compte tenu que les technologies de l'information sont vues comme étant un moyen incontournable pour améliorer l'accès à l'information clinique dans la lutte contre le cancer, comme les résultats de laboratoires, les rapports d'examen et d'évaluation, les plans d'intervention, les traitements/interventions effectués auprès d'un patient, les résumés de dossier, etc., la région des Laurentides déposera sous peu une vision stratégique des ressources informationnelles régionales en lien avec le plan d'informatisation provincial du réseau. Cet exercice de planification nous aidera à déterminer les grandes cibles stratégiques et les travaux d'informatisation à venir. D'ailleurs, du point de vue clinique, l'interopérabilité et l'intégration des informations provenant des systèmes tels SICHELD, I-CLSC, le SIIAHT (système d'information intégré sur les activités transfusionnelles et d'hémovigilance), SIPQDCS (système d'information du Programme québécois de dépistage du cancer du sein), dossier-patient électronique, requêtes-résultats et les divers systèmes hospitaliers vers un dossier-patient informatisé unique, sont au cœur de la vision de l'architecture de l'information.

## *La formation*

Nous sommes d'avis que la formation de base en oncologie doit être offerte et consolidée, et ce, à l'ensemble des personnes impliquées mais plus spécifiquement aux professionnels interpellés[69] par la mise en application du Programme québécois de lutte contre le cancer aux paliers local, régional et suprarégional. Cette responsabilité est d'abord ministérielle et implique inéluctablement les Réseaux universitaires intégrés de santé. Par ailleurs, plusieurs comités de travail du CQLC ont publié, ou vont publier, des avis[70] concernant les besoins en formation minimale et continue des divers intervenants impliqués en oncologie, à savoir :

- les intervenants de soutien, d'adaptation et de réadaptation;
- les bénévoles;
- les infirmières;
- les pharmaciens communautaires et d'établissements;

---

[68] On réfère au terme « PACS » ou « système PACS » (*Picture Archiving and Communication System)* pour décrire un système informatique, organisé en réseau, qui permet d'assurer la saisie, la numérisation, la transmission (intra et interétablissement), l'affichage, le traitement, l'analyse et l'archivage d'images médicales numériques provenant de multiples techniques d'imagerie diagnostique. Office québécois de la langue française, http://www.granddictionnaire.com

[69] Nous faisons référence aux professionnels membres des équipes interdisciplinaires en oncologie soit : infirmières, médecins, pharmaciens, travailleurs sociaux, psychologues, nutritionnistes, intervenants en réadaptation.

[70] Consultez pour plus de détails : CONSEIL QUÉBÉCOIS DE LUTTE CONTRE LE CANCER, Comité de soutien, adaptation et réadaptation, *AVIS, Normes et standards de soutien, adaptation et réadaptation au* Québec, DOCUMENT DE TRAVAIL, MSSS, Québec, 2004. CONSEIL QUÉBÉCOIS DE LUTTE CONTRE LE CANCER, Comité de l'évolution de la pratique infirmière en oncologie, *AVIS, Pour optimiser la contribution des infirmières à la lutte contre le cancer au Québec*, DOCUMENT DE TRAVAIL, MSSS, Québec, 2004. CONSEIL QUÉBÉCOIS DE LUTTE CONTRE LE CANCER, Comité de la première ligne médicale de lutte contre le cancer, *AVIS Le médecin de famille et la lutte contre le cancer*, DOCUMENT DE TRAVAIL, MSSS, Québec, 2004. CONSEIL QUÉBÉCOIS DE LUTTE CONTRE LE CANCER, Comité des pharmaciens, *AVIS*, À PARAÎTRE. CONSEIL QUÉBÉCOIS DE LUTTE CONTRE LE CANCER, Comité de l'évolution de la pratique médicale, *AVIS*, À PARAÎTRE.

- les médecins de famille et les omnipraticiens;
- les médecins spécialistes en oncologie.

Des initiatives régionales de formation continue doivent aussi être déployées. Lorsque le Plan d'action sera mis en œuvre, diverses instances seront consultées à l'automne 2004 et à l'hiver 2005, notamment le Comité de lutte contre le cancer des Laurentides, le Département régional de médecine générale, la Commission médicale régionale, la Commission infirmière régionale et les directions générales des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux, afin d'évaluer les besoins en formation des intervenants impliqués en oncologie de la région des Laurentides et de proposer des activités pour y répondre. Parallèlement, un volet d'information/formation populaire doit être prévu et rejoindre les intervenants et bénévoles des organismes communautaires des Laurentides et la population en général. Des activités seront identifiées et réalisées, entre autres, en partenariat avec le Comité de lutte contre le cancer des Laurentides, les groupes communautaires des Laurentides engagés dans la lutte contre le cancer et le Forum de la population.

## CONCLUSION[71]

La lutte contre le cancer implique de nombreux acteurs et tous doivent y contribuer. Dans les Laurentides, toutes les personnes concernées seront impliquées à divers titres au processus d'implantation du Programme québécois de lutte contre le cancer dans la région, notamment les personnes atteintes et leur entourage, les organismes à but non lucratif et les bénévoles, les professionnels du réseau et les médecins, les établissements du réseau, les acteurs du secteur privé, le ministère de la Santé et des Services sociaux et l'Agence. Voici les principaux rôles et contributions de chacun de ces acteurs.

### Les personnes atteintes et leur entourage

Les personnes souffrant d'un cancer et leurs proches doivent avoir, par l'entremise des équipes interdisciplinaires en oncologie, l'opportunité de s'impliquer dans la gestion de leur maladie dans le respect de leurs besoins et de leurs capacités. Plus spécifiquement, ces personnes seront amenées à collaborer avec l'équipe à l'élaboration d'un plan individualisé de services les concernant à communiquer aux membres de l'équipe les informations pertinentes et à faire connaître leurs besoins, leurs attentes et leurs valeurs.

Les personnes atteintes de cancer et les membres de leur famille doivent jouer un rôle majeur quant aux choix des actions devant guider la transformation de l'organisation et de la prestation des soins et des services. De par leur participation active aux rencontres administratives des équipes interdisciplinaires ou encore à des instances de consultation comme le Comité de lutte contre le cancer des Laurentides, elles peuvent contribuer au changement.

### Les organismes sans but lucratif et les bénévoles

Les organismes sans but non lucratif, ou OSBL, et les bénévoles dispensent une gamme de services variée aux personnes atteintes et à leurs proches comme le soutien, l'information, l'aide au transport, l'aide financière, la promotion des droits des personnes atteintes de cancer. De par leur mission et leur engagement, ils contribuent à l'amélioration des services en partenariat et en complémentarité avec les autres acteurs du réseau de la santé et des services sociaux. Leur participation comme collaborateurs directs doit être favorisée par les équipes interdisciplinaires ne serait-ce que pour améliorer le partenariat entre les OBSL, les bénévoles et les intervenants du réseau. Leur implication doit être également encouragée au sein des rencontres administratives des équipes interdisciplinaires.

### Les professionnels du réseau et les médecins

Les professionnels du réseau, en particulier les infirmières[72] et les médecins, sont les principaux artisans du changement et leur engagement est primordial. Ces personnes doivent se sentir concernées par la qualité

---

[71] Inspiré de : MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, Direction des affaires médicales et universitaires, *Le continuum de services pour les personnes atteintes de cancer et leurs proches*, Paramètres d'organisation, Programme québécois de lutte contre le cancer, DOCUMENT DE TRAVAIL version du 4 février 2004.

[72] Consultez pour plus de détails : CONSEIL QUÉBÉCOIS DE LUTTE CONTRE LE CANCER, Comité d'évolution de la pratique infirmière en oncologie, *AVIS, Pour optimiser la contribution des infirmières à la lutte contre le cancer au Québec*, DOCUMENT DE TRAVAIL, Québec, 2004.

des soins et des services qu'elles offrent, par l'amélioration continue de la qualité et par son monitorage, dans le respect des lois encadrant les diverses professions.

Les médecins de famille constituent généralement la porte d'entrée du système de santé. Ce sont eux qui enclenchent l'investigation, ils sont aussi en mesure d'assurer une partie du suivi et d'offrir du soutien. Dans ce contexte, ils doivent être constamment tenus informés par les équipes interdisciplinaires et considérés comme des interlocuteurs clés du réseau de services intégrés en oncologie.

Dans la dispensation des soins aux personnes atteintes de cancer, les médecins spécialistes représentent également des maillons essentiels, ils doivent par conséquent veiller à bien arrimer leurs actions, entre eux et avec les autres membres de l'équipe interdisciplinaire, afin d'assurer le suivi optimal des personnes malades.

**Les établissements du réseau**

Ce sont les établissements du réseau des Laurentides qui seront amenés à mettre en place les mesures proposées dans ce plan régional d'action de lutte contre le cancer. Les gestionnaires de ces établissements doivent se sentir concernés par l'implication des diverses parties prenantes dans la planification des services, l'utilisation optimale des ressources, l'adoption de processus de gestion clairs et la mise en place de mécanismes de gestion des risques. Un leadership doit s'exercer aussi bien aux paliers local, régional que suprarégional, par l'identification d'un responsable de la mise en œuvre du programme de lutte contre le cancer à l'intérieur de l'établissement et de l'identification d'un médecin chef à l'intérieur de l'équipe interdisciplinaire pour le volet clinique.

Sans entrer dans les détails, mentionnons que certains articles de la Loi sur les services de santé et les services sociaux balisent la responsabilité des établissements concernant les services ou les ententes à établir avec d'autres ressources pour assurer la continuité de ceux-ci. Cette loi précise aussi des responsabilités en matière de gestion des risques, de consentement aux soins ou d'appréciation de la qualité des actes professionnels par le Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP), le Conseil des infirmières et infirmiers et le Conseil multidisciplinaire. Enfin, la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels doit également être considérée dans la mise en œuvre du réseau de services.

**Les acteurs du secteur privé**

Actuellement, en réponse aux besoins des personnes et grâce au développement des technologies et des pratiques, on constate un passage graduel du mode de prise en charge en établissement vers le soutien en milieu de vie. Différents intervenants du secteur privé offrent des services aux personnes atteintes de cancer et à leurs proches. Dans le cadre des changements apportés dans la loi par le projet de loi 25, chaque réseau local de services de santé et de services sociaux des Laurentides doit être constitué de manière à impliquer les divers groupes professionnels ou entreprises du territoire et permettre l'établissement de liens entre eux. Chaque réseau local doit aussi favoriser la collaboration et l'implication de tous les intervenants des autres secteurs d'activités du territoire ayant un impact sur les services de santé et les services sociaux.

### La gouverne provinciale : Le ministère de la Santé et des Services sociaux

Le ministère de la Santé et des Services sociaux est l'ultime responsable des objectifs fixés par le législateur dans les domaines de la santé et des services sociaux. Son leadership s'exerce à l'échelle nationale et sa mission est définie en regard des fonctions centrales et stratégiques du système. Ses fonctions premières sont la planification (politiques et standards d'accès et de qualité), le financement, l'allocation des ressources financières, le suivi et l'évaluation.

Afin d'assurer une cohérence d'action et tel que souhaité par l'ensemble des régions, le Ministère doit communiquer clairement au réseau sa vision organisationnelle des services en oncologie. Dans la coordination et l'implantation du Programme québécois de lutte contre le cancer qui inclut notamment les activités reliées à la radio-oncologie, aux soins palliatifs de fin de vie et au Programme québécois de dépistage du cancer du sein, le Ministère doit susciter l'adhésion de tous les acteurs concernés et s'assurer de la disponibilité des ressources nécessaires à son déploiement. Nous souhaitons fortement que la nouvelle *Direction nationale de lutte contre le cancer* créée en avril 2004 assure le leadership tant souhaité.

### La gouverne régionale : l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux des Laurentides

Depuis le 30 janvier 2004, l'ancienne Régie régionale de la santé et des services sociaux des Laurentides devenue Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux des Laurentides a pour mission de mettre en place des réseaux locaux de services intégrés. Tant que la Loi sur les services de santé et les services sociaux n'est pas modifiée, l'Agence a aussi pour mission de planifier, d'organiser, de mettre en œuvre et d'évaluer, sur le territoire des Laurentides, les orientations et les politiques élaborées par le Ministre. L'Agence veille également à :

- Assurer la participation de la population à la gestion du réseau et à assurer les respects des droits des personnes malades;
- Assurer une prestation sécuritaire des services;
- Élaborer les priorités de santé et de bien-être en tenant compte des objectifs fixés par le Ministre;
- Établir les plans d'organisation des services du territoire et d'évaluer l'efficacité des services;
- Allouer les budgets destinés aux établissements et accorder les subventions aux organismes communautaires;
- Assurer la coordination des activités des établissements et des organismes communautaires et de favoriser leur collaboration avec les autres agents de changements de leur milieu.

La responsabilité de l'Agence et des dispensateurs de services est maintenue à l'égard des citoyens des Laurentides lorsque ceux-ci doivent aller chercher des services spécialisés ou ultraspécialisés à l'extérieur de la région. L'agence doit aussi rendre optimale l'utilisation des ressources spécialisées ou ultraspécialisées en les rendant disponibles aux régions moins pourvues. Rappelons enfin qu'un partenariat avec un ou des Réseaux universitaires intégrés de santé (RUIS) sera créé pour assurer à la population des Laurentides un accès équitable aux services ultraspécialisés.

Quant à l'implantation du Plan d'action de lutte contre le cancer dans les Laurentides, l'Agence veillera, notamment en collaboration avec le Comité de lutte contre le cancer des Laurentides, à développer, et ce dès l'été 2004, une stratégie de communication régionale afin de sensibiliser la population laurentidienne et l'ensemble des acteurs concernés par la lutte contre le cancer. Des rencontres de concertation avec les

directions générales des futurs réseaux locaux de services de santé et de services sociaux seront également effectuées à l'automne 2004, afin d'assurer une mise en œuvre optimale des stratégies proposées par le Plan d'action.

À l'échelle régionale, la planification, la mise en œuvre et l'évaluation des activités de lutte contre le cancer proposées à l'intérieur de ce Plan d'action nécessitent par ailleurs la collaboration de toutes les directions de l'Agence interpellées, notamment la Direction régionale des affaires médicales et hospitalières, la Direction de santé publique, la Direction régionale d'organisation de services et de la main-d'œuvre. Un mécanisme formel de concertation et de collaboration entre les divers professionnels concernés doit être mis en place. Un encadrement budgétaire adéquat et des ressources humaines requises.

**Les facteurs critiques de succès**

Comme on peut le constater l'actualisation du Plan d'action de lutte contre le cancer dans les Laurentides dépend de certains facteurs critiques de succès tels les ressources humaines, les installations matérielles et les équipements, les ressources financières, le système d'information et le temps.

Dans un premier temps, nous savons tous que le système de santé québécois souffre d'une pénurie de professionnels de la santé, de médecins de famille, en passant par les infirmières, les technologues en radiologie et en radio-oncologie et les médecins spécialistes pour ne nommer que ceux-là. Cette rareté des ressources humaines ainsi que les modes actuels d'organisation du travail peuvent freiner le changement.

Dans ce contexte, une attention particulière des autorités doit être accordée pour accroître la disponibilité et la mobilisation des ressources humaines. Une planification de la main-d'œuvre (PMO), qui tiendra compte des besoins de formation, est primordiale et elle doit être privilégiée comme stratégie pour assurer l'accroissement et la rétention de personnel. Toutefois, à plus court terme, une réorganisation du travail, un nouveau partage des tâches professionnelles et le travail interdisciplinaire pourront atténuer les effets de la pénurie de main-d'œuvre.

Dans un deuxième temps, il faudra s'assurer que les installations matérielles et les équipements mis à la disposition des personnes atteintes de cancer soient appropriés et en nombre suffisant afin de répondre adéquatement à leurs besoins, et ce, dans les délais prescrits. On peut aussi souligner que des efforts devront être consentis afin d'offrir à moyen terme la chimiothérapie à l'intérieur de tous les réseaux locaux de services, car actuellement deux territoires, soit Saint-Eustache et Lachute, ne sont pas en mesure de répondre aux besoins de leur population immédiate et doivent les référer ailleurs sur le territoire ou à Montréal. Par ailleurs, une attention particulière doit être accordée aux investissements nécessaires à la consolidation et au développement de l'infrastructure de services, en particulier en ce qui concerne la tomodensitométrie par émission de positrons (TEP) et en radiothérapie. On peut ici faire référence au projet très bien étoffé de l'Hôtel-Dieu de Saint-Jérôme d'un Centre de radiothérapie. Celui-ci a été déposé au MSSS en 1999 et nous attendons toujours leur réponse définitive quant à la date de développement de ce nouveau centre de radio-oncologie.

Néanmoins, avant d'en arriver à la situation souhaitée en matière d'installations matérielles et d'équipements, une meilleure coordination entre les différents fournisseurs de services oncologiques devra être définie par des ententes de service formelles afin de ne pas pénaliser la population qui ne peut avoir à proximité un service quelconque.

Dans un troisième temps, la lutte contre le cancer étant une priorité pour le MSSS, elle doit être soutenue par un financement adéquat. Une attention particulière doit être accordée aux investissements nécessaires à la consolidation et au développement de l'infrastructure de services. Lors de son dernier budget, le gouvernement libéral a octroyé 10 millions de dollars à la lutte contre le cancer, et ce, de manière récurrente dès l'année financière 2004-2005. Aux dires du MSSS, ce montant devrait principalement servir à mettre en place les équipes interdisciplinaires d'oncologie sur tout le territoire québécois et d'y adjoindre l'expertise d'une infirmière pivot et de consolider les services de radiothérapie. Reste à savoir combien la région des Laurentides, historiquement sous-financée, recevra de ce montant et dans quelle mesure celui-ci sera bonifié par l'Agence afin de faire du cancer une véritable priorité et de permettre un déploiement optimal des initiatives proposées dans le Plan d'action cancer 2004-2007.

Aussi, il faut reconnaître les coûts de la maladie pour la personne atteinte et pour ses proches. Des mesures de financement additionnelles ou la possibilité de programmes fiscaux doivent être explorées pour soutenir davantage ces personnes.

Dans un quatrième temps, afin d'assurer une circulation de l'information clinique plus efficace et plus rapide entre les intervenants de la première, de la deuxième et de la troisième lignes, la mise en place de systèmes d'information est nécessaire. Comme nous l'avons précisé en peu plus haut, des travaux sont déjà entrepris dans les Laurentides et permettront bientôt de mieux outiller nos intervenants.

Dans un cinquième temps, nous sommes actuellement dans une période de changement du système de santé qui offre la possibilité d'un travail en véritable partenariat. Cette nouvelle organisation des services passera par la création sur notre territoire de plusieurs réseaux locaux de services de santé et de services sociaux qui auront une responsabilité populationnelle. Dans le contexte de mise en œuvre du Plan d'action de lutte contre le cancer dans les Laurentides, ces réseaux locaux auront au cœur de leurs préoccupations la personne atteinte de cancer.

À l'automne 2003, le MSSS a fait du cancer une de ses priorités mais au-delà des mots il faut des gestes concrets et porteurs de changement. Dans les Laurentides, tous les petits et grands gestes qui découleront du Plan d'action devront être portés et priorisés par plusieurs personnes impliquées dans les divers secteurs décrits précédemment. Cette vaste entreprise de formalisation et de gestion vers l'excellence est possible et elle se bâtira à partir des acquis déjà présents dans la région. Il faut voir le tout comme un processus évolutif qui se bonifiera au cours de trois prochaines années. Pour terminer, j'aimerais vous soumettre une citation de Jean Latreille, président du Conseil québécois de lutte contre le cancer, qui nous a grandement motivé tout au long de la rédaction de ce Plan d'action.

« *VOIR GRAND, PLANIFIER PETIT, MAIS AGIR MAINTENANT!* »

# ANNEXE A FICHE DESCRIPTIVE DE L'ÉQUIPE LOCALE ET RÉGIONALE

## FICHE DESCRIPTIVE DE L'ÉQUIPE LOCALE

*(À compléter pour chaque équipe locale envisagée)*

**1. Équipe locale** *(nom)*

**2. Bassin de desserte**

- Territoire couvert
- Population
- Nombre de nouveaux cas /an

| Cancer du sein | Cancer du poumon | Cancer de la prostate | Cancer colorectal | Total de l'ensemble des sièges |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |

- Nombre de décès par cancer /an

| Cancer du sein | Cancer du poumon | Cancer de la prostate | Cancer colorectal | Total de l'ensemble des sièges |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |

**3. Établissements partenaires**

- CH
- CLSC-CHSLD
- Autres

**4. Composition**

- Composition actuelle

- Ajouts prévus :

**5. Collaborateurs locaux**
*(résidence spécialisée en soins palliatifs de fin de vie, organisme sans but lucratif, GMF, etc.)*

**6. Offre de service**

- Offre de service actuelle
  - Investigation
  - Chirurgie *(préciser pour quels sièges)*
  - Chimiothérapie
  - Soutien
- Offre de service visée
  - Investigation
  - Chirurgie *(préciser pour quels sièges)*
  - Chimiothérapie
  - Soutien

**7. Corridors de référence aux services spécialisés**
*(formels et informels, pour les 4 principaux sièges tumoraux et pour les cas pédiatriques)*

## FICHE DESCRIPTIVE DE L'ÉQUIPE RÉGIONALE

*(À compléter pour chaque équipe régionale envisagée)*

**1. Équipe régionale** *(nom)*

**2. Bassin de desserte**

- Territoire couvert
- Population
- Nombre de nouveaux cas /an

| Cancer du sein | Cancer du poumon | Cancer de la prostate | Cancer colorectal | Total de l'ensemble des sièges |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |

- Nombre de décès par cancer /an

| Cancer du sein | Cancer du poumon | Cancer de la prostate | Cancer colorectal | Total de l'ensemble des sièges |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |

**3. Établissements partenaires**

- CH
- CLSC-CHSLD
- Autres

**4. Composition**

- Composition actuelle

- Ajouts prévus :

**5. Collaborateurs locaux**
*(résidence spécialisée en soins palliatifs de fin de vie, organisme sans but lucratif, etc.)*

**6. Offre de service**

- Offre de service actuelle
  - Investigation
  - Chirurgie *(préciser pour quels sièges)*
  - Chimiothérapie
  - Radiothérapie
  - Soutien
  - Autres *(formation, enseignement, recherche)*
- Offre de service visée
  - Investigation
  - Chirurgie *(préciser pour quels sièges)*
  - Chimiothérapie
  - Radiothérapie
  - Soutien
  - Autres *(formation, enseignement, recherche)*

**7. Corridors de référence aux services surspécialisés**
(formels et informels, pour les 4 principaux sièges tumoraux et pour les cas pédiatriques)

# ANNEXE B TABLEAUX EN SOINS PALLIATIFS DE FIN DE VIE

## Statistiques sur la clientèle desservie à domicile par les CLSC

### Répartition des usagers-individus et des interventions individuelles selon le profil d'interventions "services de santé physique en soins palliatifs"2000-2001 et 2001-2002

| | Nombre d'usagers-individus | | Nombre d'interventions individuelles | | % variation entre 2000-2001 et 2001-2002 | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| CLSC | 2001-2002 | 2000-2001 | 2001-2002 | 2000-2001 | usagers-individus | interventions individuelles |
| Trois-Vallées | 175 | 135 | 2 306 | 1 426 | 29 % | 61 % |
| Thérèse-de-Blainville | 311 | 264 | 3 597 | 2 613 | 17 % | 37 % |
| Pays-d'en-haut | 84 | 73 | 1 564 | 1 377 | 15 % | 13 % |
| Jean-Olivier Chénier | 211 | 133 | 2 310 | 1 003 | 58 % | 130 % |
| Hautes-Laurentides | 58 | 77 | 409 | 514 | -24 % | -20 % |
| Argenteuil | 48 | 49 | 525 | 439 | -2 % | 19 % |
| Arthur-Buies | 273 | 259 | 2 960 | 2 297 | 5 % | 28 % |
| **Ensemble des 7 CLSC** | **1 160** | **990** | **13 671** | **9 669** | **17 %** | **41 %** |

*SOURCE: RAMQ, Banque provinciale ICLSC, Rapport no. 03, 2001-2002 et 2000-2001.*

### Taux d'usagers et d'interventions par 1000 de population totale

| | Nombre d'usagers-individus par 1000 de population totale | | Nombre d'interventions individuelles par 1000 de population totale | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| CLSC | 2001-2002 | 2000-2001 | 2001-2002 | 2000-2001 | Population totale 2000 | Population totale 2001 |
| Trois-Vallées | 4,4 | 3,4 | 58,0 | 36,3 | 39 335 | 39 762 |
| Thérèse-de-Blainville | 2,3 | 2,0 | 26,8 | 19,8 | 131 773 | 134 013 |
| Pays-d'en-Haut | 2,6 | 2,3 | 48,6 | 43,3 | 31 805 | 32 184 |
| Jean-Olivier Chénier | 2,2 | 1,4 | 23,6 | 10,4 | 96 883 | 98 030 |
| Hautes-Laurentides | 1,7 | 2,2 | 11,7 | 14,6 | 35 110 | 35 020 |
| Argenteuil | 1,6 | 1,7 | 18,0 | 15,1 | 29 044 | 29 109 |
| Arthur-Buies | 2,6 | 2,5 | 27,7 | 21,9 | 105 057 | 106 772 |
| **Ensemble des 7 CLSC** | **2,4** | **2,1** | **28,8** | **20,6** | **469 007** | **474 890** |

*SOURCE: RAMQ, Banque provinciale ICLSC, Rapport no. 03, 2001-2002 et 2000-2001.*

**Répartition des usagers-individus et des interventions individuelles selon le profil d'interventions "services de santé physique en soins palliatifs" par catégories d'âge, pour les 7 CLSC des Laurentides 2000-2001 et 2001-2002**

| | Nombre d'usagers-individus | | Nombre d'interventions individuelles | | % variation entre 2000-2001 et 2001-2002 | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **GROUPES D'ÂGES** | 2001-2002 | 2000-2001 | 2001-2002 | 2000-2001 | usagers-individus | interventions Individuelles |
| 0-49 ans | 182 | 168 | 2 053 | 1 691 | 8 % | 21 % |
| 50-64 ans | 334 | 287 | 4 444 | 3 165 | 16 % | 40 % |
| 65-74 ans | 311 | 246 | 3 633 | 2 387 | 26 % | 52 % |
| 75-84 ans | 257 | 228 | 2 912 | 1 864 | 13 % | 56 % |
| 85 ans et + | 76 | 61 | 628 | 562 | 25 % | 12 % |
| **TOTAL** | **1 160** | **990** | **13 670** | **9 669** | 17 % | 41 % |
| 65 ans et + | 644 | 535 | 7 173 | 4 813 | 20 % | 49 % |
| moins de 65 ans | 516 | 455 | 6 497 | 4 856 | 13 % | 34 % |

*SOURCE: RAMQ, Banque provinciale ICLSC, Rapport no. 09, 2001-2002 et 2000-2001.*

**Pourcentage vertical du nombre d'usagers et d'interventions par groupes d'âges**

| | % Nombre d'usagers-individus | | % Nombre d'interventions individuelles | |
|---|---|---|---|---|
| **GROUPES D'ÂGES** | 2001-2002 | 2000-2001 | 2001-2002 | 2000-2001 |
| 0-49 ans | 16 % | 17 % | 15 % | 17 % |
| 50-64 ans | 29 % | 29 % | 33 % | 33 % |
| 65-74 ans | 27 % | 25 % | 27 % | 25 % |
| 75-84 ans | 22 % | 23 % | 21 % | 19 % |
| 85 ans et + | 7 % | 6 % | 5 % | 6 % |
| **TOTAL** | 100 % | 100 % | 100 % | 100 % |
| 65 ans et + | 56 % | 54 % | 52 % | 50 % |
| moins de 65 ans | 44 % | 46 % | 48 % | 50 % |

*SOURCE: RAMQ, Banque provinciale ICLSC, Rapport no. 09, 2001-2002 et 2000-2001.*

**Gamme de services et dispensateurs par territoire**
**Situation actuelle**

| Type de services | Deux-Montagnes Mirabel-sud | Thérèse-de-Blainville | Rivière-du-Nord Mirabel-nord | Argenteuil | Pays-d'en-Haut | Laurentides | Antoine-Labelle |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **CLSC : soutien à domicile** | CLSC J.-O. Chénier | CLSC-CHSLD Thérèse-de-Blainville | CLSC Arthur-Buies | Établissement de santé d'Argenteuil | CLSC-CHSLD Pays-d'en-Haut | CH-CLSC-CHSLD des Sommets | CLSC des Hautes-Laurentides |
| **Organismes communautaires impliqués en oncologie** | Sercan<br>Société canadienne du cancer<br>Leucan | Pallia-Vie<br>Société canadienne du cancer<br>Leucan | Pallia-Vie<br>Société canadienne du cancer<br>Groupe de soutien du cancer<br>Leucan | Société canadienne du cancer<br>Groupe de soutien du cancer<br>Leucan | Pallia-Vie<br>Société canadienne du cancer<br>Groupe de soutien du cancer<br>Leucan | Société canadienne du cancer<br>Groupe de soutien du cancer<br>Leucan | Groupe d'entraide Claire Voie<br>Albatros 06<br>Société canadienne du cancer<br>Leucan |
| **Cliniques médicales privées et GMF (nombre)** | Cliniques médicales privées (13) | Cliniques médicales privées (17)<br>GMF (1) | Cliniques médicales privées (17) | Cliniques médicales privées (3) | Cliniques médicales privées (8) | Cliniques médicales privées (11)<br>GMF (1) | Cliniques médicales privées (7)<br>GMF (1) |
| **Pharmacies** | Pharmacies (13) | Pharmacies (19) | Pharmacies (18) | Pharmacies (9) | Pharmacies (10) | Pharmacies (7) | Pharmacies (6) |
| **Maison de soins palliatifs** | | | | | | | |
| **Ressources intermédiaires** | | | Résidence Franc : (1 à 2) | | | | |
| **CHSLD : hébergement temporaire** | CHSLD de la Rive et de Mirabel (3 à 4) | CLSC-CHSLD Thérèse-de-Blainville (8) | | | | | |
| **CHSLD : soins palliatifs pour la clientèle résidante (nb lits totaux au permis)** | CHSLD de la Rive et de Mirabel (269)<br>CHSLD Deux-Montagnes (76)<br>Manoir d'Oka (34)<br>Manoir des Trois-Pignons (78) | CLSC-CHSLD Thérèse-de-Blainville (357)<br>Boisé Sainte-Thérèse (41) | CHSLD de la Rivière du Nord (305)<br>Villa Soleil (156) | Établissement de santé d'Argenteuil (121)<br>Résidence Lachute (52) | CLSC-CHSLD des Pays-d'en-Haut (91) | CH-CLSC-CHSLD des Sommets (219) | CH et CR Antoine-Labelle (223) |
| **Centres hospitaliers : (lits occupés effectivement pour les soins palliatifs)** | CH Saint-Eustache (5) | | Hôtel-Dieu de Saint-Jérôme (15 à 20) | Établissement de santé d'Argenteuil (2 à 3) | | CH-CLSC-CHSLD des Sommets (10) | CH et CR Antoine-Labelle<br>L'Annonciation (5)<br>Mont-Laurier (5) |

Gamme de services et dispensateurs par territoire (suite)

Situation projetée (2004-2007)

| Type de services | Deux-Montagnes Mirabel-sud | Thérèse-de-Blainville | Rivière-du-Nord Mirabel-nord | Argenteuil | Pays-d'en-Haut | Laurentides | Antoine-Labelle |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **CLSC : soutien à domicile** | CLSC J.-O. Chénier | CLSC-CHSLD Thérèse-de-Blainville | CLSC Arthur-Buies | Établissement de santé d'Argenteuil | CLSC-CHSLD des Pays-d'en-Haut | CH-CLSC-CHSLD des Sommets | CLSC des Hautes-Laurentides |
| **Organismes communautaires impliqués en oncologie** | Sercan<br>Société canadienne du cancer<br>Leucan | Pallia-Vie<br>Société canadienne du cancer<br>Leucan | Pallia-Vie<br>Société canadienne du cancer<br>Groupe de soutien du cancer<br>Leucan | Société canadienne du cancer<br>Groupe de soutien du cancer<br>Leucan | Pallia-Vie<br>Société canadienne du cancer<br>Groupe de soutien du cancer<br>Leucan | Société canadienne du cancer<br>Groupe de soutien du cancer<br>Leucan | Groupe d'entraide Claire Voie<br>Albatros 06<br>Société canadienne du cancer<br>Leucan |
| **Cliniques médicales privées et GMF** | Cliniques médicales privées<br>GMF | Cliniques médicales privées<br>GMF | Cliniques médicales privées<br>GMF | Cliniques médicales privées<br>GMF | Cliniques médicales privées<br>GMF | Cliniques médicales privées<br>GMF | Cliniques médicales privées<br>GMF |
| **Pharmacies** | Pharmacies | Pharmacies | Pharmacies | Pharmacies | Pharmacies | Pharmacies | Pharmacies |
| **Maison de soins palliatifs (nb lits)** | Le Phare- Maison de soins palliatifs de Saint-Eustache (Sercan) (4) | Maison Raymond Blais (CLSC-CHSLD Thérèse-de-Blainville) (Blainville) (15) | Maison de soins palliatifs de la Rivière-du-Nord (Pallia-Vie) (Saint-Jérôme) (9) | | | Maison de soins palliatifs des Laurentides (Sainte-Agathe) (9) | |
| **Ressources intermédiaires** | | | Franc | | | | |
| **CHSLD : hébergement temporaire** | CHSLD de la Rive et de Mirabel | CLSC-CHSLD Thérèse-de-Blainville | CHSLD de la Rivière du Nord | Établissement de santé d'Argenteuil | CLSC-CHSLD des Pays-d'en-Haut | CH-CLSC-CHSLD des Sommets | CH et CR Antoine-Labelle |
| **CHSLD : soins palliatifs pour la clientèle résidante** | CHSLD de la Rive et de Mirabel<br>CHSLD Deux-Montagnes<br>Manoir d'Oka<br>Manoir Trois-Pignons | CLSC-CHSLD Thérèse-de-Blainville<br>Boisé Sainte-Thérèse | CHSLD de la Rivière du Nord<br>Villa Soleil | Établissement de santé d'Argenteuil<br>Résidence Lachute | CLSC-CHSLD des Pays-d'en-Haut | CH-CLSC-CHSLD des Sommets | CH et CR Antoine-Labelle |
| **Centres hospitaliers** | CH Saint-Eustache | | Hôtel-Dieu de Saint-Jérôme | Établissement de santé d'Argenteuil | | CH-CLSC-CHSLD des Sommets | CH et CR Antoine-Labelle |

ANNEXES

# PLAN D'ACTION de LUTTE contre le CANCER dans les Laurentides 2004-2007

## Annexe I :

Profil de la région des Laurentides :
Organisation et offre de service en oncologie

## Annexe II :

Profil de la région des Laurentides :
Données sociosanitaires

# ANNEXE I PROFIL DE LA RÉGION DES LAURENTIDES : ORGANISATION ET OFFRE DE SERVICE EN ONCOLOGIE

## Introduction

Cette annexe se veut un complément d'information au Plan d'action 2004-2007 illustrant d'où l'on part en matière d'organisation de travail et d'offre de service en oncologie dans la région des Laurentides. Plusieurs informations sont présentées de manière chronologique et découlent des nombreux travaux réalisés par l'Agence des Laurentides, ex régie régionale, depuis l'automne 2001 jusqu`à aujourd'hui.

Dans un premier temps, on relate les principaux constats de l'état de situation des activités de lutte contre le cancer qui fut effectué en 2001-2002. On y retrouve les activités de santé publique en matière de lutte contre le tabagisme, de santé environnementale, de santé en milieu de travail, de programmes organisés ou non, de dépistage du cancer. Ensuite, viennent des tableaux des principales forces et faiblesses constatées lors d'une tournée des centres hospitaliers et des CLSC à l'hiver 2002 en regard aux activités suivantes :

- investigation et de diagnostic;
- chirurgie, radiothérapie, chimiothérapie;
- adaptation, réadaptation et soutien;
- mécanismes de liaison CH-CLSC, cabinets privés;
- soins palliatifs.

Dans un deuxième temps, on présente le mandat et la composition du Comité de lutte contre le cancer des Laurentides (CLCL) mis sur pied à l'hiver 2003. On souligne également la création prochaine de l'*Équipe régionale d'intervention auprès de la population* et son mandat en matière de santé publique.

Dans un troisième temps, on fournit les résultats du Questionnaire sur l'organisation du travail en oncologie qui fut élaboré en collaboration avec les membres du CLCL et envoyé, au printemps 2003, à tous les établissements de santé des Laurentides à savoir : les centres hospitaliers, les CLSC et les CHSLD. Ce questionnaire se voulait un complément d'information à l'état de situation de 2002. On y présente, par type d'établissement, des données quantitatives relatives aux plusieurs thèmes fondamentaux du Programme québécois de lutte contre le cancer à savoir :

- accessibilité à une consultation avec un spécialiste;
- travail en interdisciplinarité (en oncologie et en soins palliatifs);
- présence d'un intervenant pivot;
- partenariat interétablissement;
- offre de soutien psychologique dès l'annonce d'un diagnostic de cancer;
- implication des proches;
- transmission de l'information aux médecins de famille.

Dans un quatrième temps, pour compléter l'analyse du précédent questionnaire, nous avons demandé, à l'automne 2003 aux membres du CLCL représentant les centres hospitaliers, de schématiser la trajectoire des personnes atteintes de cancer, et ce, à partir de la consultation avec un spécialiste jusqu'aux soins de

fin de vie. Les trajectoires, dans chaque centre hospitalier, sont présentées suivies d'une synthèse générale.

Dans un cinquième temps, une autre schématisation est présentée celle des corridors de service médicaux, et ce, à l'intérieur de la région des Laurentides (soit entre nos établissements hospitaliers) et à l'extérieur de notre région (soit avec d'autres établissements hospitaliers). Bien que les deux illustrations ne concernent pas uniquement les services oncologiques, elles représentent la manière dont se déploient actuellement les services médicaux de notre région.

Suit, dans un sixième temps, un tableau récapitulant à partir des travaux liés à l'état de situation de 2002 et de ceux des corridors de service des établissements de la région en 2003, les services oncologiques disponibles dans les centres hospitaliers des Laurentides et si ceux-ci sont disponibles dans l'établissement même, via un autre établissement de la région (intra) ou par l'entremise d'un établissement hors région (extra).

Enfin, dans un septième temps, nous présentons divers tableaux sur les effectifs et les services médicaux disponibles dans la région. On retrouve notamment à cette section la répartition des omnipraticiens par territoire de CLSC et celle des spécialistes par centre hospitalier, le nombre d'hospitalisations et de chirurgies par établissement et pour les quatre principaux sièges de cancer (sein, digestif bas, pulmonaire et urologique).

## Les points saillants de l'État de situation de la lutte au cancer dans les Laurentides : hiver 2002[73]

### *Mise en contexte*

Avant de procéder à la création du Comité de lutte contre le cancer des Laurentides, l'étape préalable consistait à savoir où en était notre région en matière de lutte contre le cancer. La responsable du dossier cancer, à la Direction régionale des affaires médicales et hospitalières à la Régie régionale, a ainsi colligé dès 2001, avec la collaboration de collègues des autres directions de la Régie régionale et des établissements de santé, plusieurs informations concernant le territoire laurentidien, à savoir : sa démographie, ses partenaires, son état de santé par territoire de CLSC, ses activités de prévention et de dépistage du cancer. Afin de faire un état de situation des services disponibles dans la région quant aux aspects investigation-traitement-adaptation-réadaptation-soins palliatifs, une tournée régionale a été effectuée à l'hiver 2002 auprès des centres hospitaliers et des CLSC. Cette consultation a permis de dégager des constats régionaux ainsi que les forces et les faiblesses des Laurentides en lien avec les diverses composantes de la lutte contre le cancer. Voici donc, en résumé[74], le portrait de la lutte contre le cancer au 31 mars 2002 pour la région des Laurentides quant aux activités de la Direction de santé publique en matière de prévention et de dépistage et quant aux forces et faiblesses liées aux activités d'investigation/diagnostic, de chirurgie, de radiothérapie, de chimiothérapie, d'adaptation/réadaptation et soutien, de mécanismes de liaison et de soins palliatifs.

### *Les activités de la Direction de santé publique des Laurentides en matière de prévention*

Certaines habitudes de vie ont un impact sur l'incidence du cancer. Ainsi, l'association tabac et cancer du poumon ne fait plus de doute et a été confirmée par plusieurs études. Fait à noter, la population âgée de 15 ans et plus des Laurentides affiche un taux de consommation de tabac légèrement plus élevé que pour le reste de la province, soit 32,2 % versus 30,5 %.[75] La consommation d'alcool a également été montrée du doigt quant à l'augmentation des cancers oraux et de l'oesophage. Enfin, l'inactivité physique et l'obésité (pouvant résulter de mauvaises habitudes alimentaires) auraient un effet sur l'augmentation des cancers du côlon et du sein.[76]

---

[73] RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DES LAURENTIDES, Direction régionale des affaires médicales et hospitalières, *Version synthèse, La lutte au cancer dans les Laurentides : État de situation au 31 mars 2002*, 2002, 68 pages.

[74] RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DES LAURENTIDES, Direction régionale des affaires médicales et hospitalières, *La lutte au cancer dans les Laurentides : État de situation au 31 mars 2002*, 2002, 229 pages (plus annexes).

[75] DIRECTION DE SANTÉ PUBLIQUE, *Connaître pour agir, Portrait de santé de la population du territoire du CLSC Arthur-Buies*, Régie régionale de la santé et des services sociaux des Laurentides, 2001, pp 4-5.

[76] Source : www.cancer.gov/cancerinfo/pdq/prevention/overview.

### *Lutte au tabagisme*

Dans le but de lutter efficacement pour contrer l'ampleur du tabagisme dans la région des Laurentides, en lien avec les orientations, les valeurs et les approches préconisées dans le plan d'action de la Direction de santé publique, l'équipe tabac intervient sur trois axes d'intervention, à savoir :

- *prévention* : valoriser le non-usage du tabac chez les jeunes;
- *cessation* : aider les fumeurs à cesser de fumer;
- *protection* : protéger la population non fumeuse de la fumée secondaire du tabac.

*Volet prévention : valoriser le non-usage du tabac chez les jeunes*

Des interventions de prévention ont été menées afin de valoriser le non-usage du tabac chez les jeunes et aider les jeunes fumeurs à abandonner cette habitude. Le programme ***La gang allumée pour une vie sans fumée*** mobilise les jeunes en milieu scolaire et les amène à réaliser un projet sur le tabagisme et la santé. Le projet pilote ***Mission TNT.06*** vise à accompagner les jeunes de façon soutenue jusqu'à l'âge adulte afin de prévenir ou retarder l'usage du tabac. Dix représentations du spectacle ***In Vivo*** ont eu lieu au cours de l'année, touchant plus de 4 300 jeunes du secondaire. Cette pièce de théâtre-rock retraçait le voyage d'une cellule cancéreuse à travers le corps.

La mise à jour des stratégies efficaces en prévention auprès des jeunes a permis de rejoindre les enseignants des écoles primaires et secondaires des commissions scolaires de la région ainsi que les intervenants des CLSC. La participation du milieu de l'éducation au concours provincial sur la cessation a contribué à positionner la région au concours provincial parmi les premières au Québec.

*Volet cessation : aider les fumeurs à cesser de fumer*

En 2001-2002, plusieurs activités visant la cessation tabagique se sont déroulées, à titre d'exemple, soulignons celles-ci :

- Tournée formation de plus de 200 professionnels de la santé soit les médecins, les cliniciens et les professionnels oeuvrant en CLSC pour qu'ils puissent mieux intervenir auprès de leur clientèle fumeuse désirant arrêter de fumer;
  - Planification de l'implantation de cliniques d'aide individuelle pour cesser de fumer dans les deux plus importants centres hospitaliers de la région ainsi que dans tous les CLSC;
  - Mise à jour, promotion et distribution de plus de 10 000 guides, ***Outils et ressources pour cesser de fumer dans la région des Laurentides***;
  - Planification d'une formation des professionnels de la santé et des intervenants travaillant avec le programme ***Naître égaux–Grandir en santé*** de deux des CLSC régionaux soit : Jean-Olivier-Chénier et Argenteuil, visant 30 personnes pour qu'ils puissent mieux intervenir auprès de leur clientèle fumeuse désirant arrêter de fumer;
  - Promotion du défi ***J'arrête, j'y gagne*** dans la région des Laurentides (1 250 inscriptions en 2001);
  - Organisation du concours ***C'est décidé, j'arrête avec de l'aide***, dans les principaux centres commerciaux, les centres hospitaliers et les CLSC de la région dont le porte-parole est monsieur Guillaume Lemay-Thivierge.

*Volet protection : protéger la population non fumeuse de la fumée secondaire du tabac*

La Loi sur le tabac, adoptée en juin 1999, est entrée en vigueur le 17 décembre de la même année. Suite à son adoption, plusieurs activités se sont tenues afin de répondre aux questions et aux préoccupations des exploitants, tels que des renseignements téléphoniques et des rencontres en collaboration avec les chambres de commerce du territoire des Laurentides. Par ailleurs, des messages d'information ont été régulièrement diffusés auprès de la population et des milieux de travail afin de favoriser la compréhension de cette loi. Des rencontres avec les dirigeants des commissions scolaires de la région et de certaines polyvalentes ont été effectuées pour les soutenir dans l'implantation et le respect d'un règlement interdisant l'usage du tabac sur les terrains appartenant à ces organismes.

*Activités reliées aux trois volets*

L'équipe de lutte au tabac de la Direction de santé publique a aussi organisé des événements provinciaux, des activités médiatiques, répondu à des demandes ponctuelles du milieu, participé aux activités de lobbying de la Coalition québécoise pour le contrôle du tabac et à des comités provinciaux. Enfin, nous avons répondu aux diverses demandes du ministère de la Santé et des Services sociaux.

### *Santé environnementale*

Plusieurs substances environnementales d'origine naturelle ou anthropique sont cancérigènes. Pour certaines d'entre elles, comme le radon et l'amiante, la relation de cause à effet ne fait plus aucun doute. Des mesures tangibles sont prises pour éviter une exposition inacceptable de la population à ces substances. Pour d'autres, comme les champs électromagnétiques ou les trihalométhanes, il existe une controverse. Même si l'on n'a pas de preuve formelle qu'une exposition à ces éléments augmente les risques de cancer chez l'humain, le principe de précaution commande d'agir avec prudence et de limiter l'exposition de la population à ces substances en utilisant des moyens raisonnables qui répondent à l'évaluation du risque et qui sont acceptables socialement. Dans beaucoup de circonstances, l'équipe de santé environnementale répond aux préoccupations de la population et donne de l'information sur les risques de cancer auxquels elle a la perception d'être exposée.

La Direction de santé publique effectue essentiellement des activités de promotion et de prévention dans le cadre de la lutte contre le cancer. On peut parler de dépistage systématique des facteurs de risque comme pour l'amiante ou de mesure systématique d'exposition à des substances cancérigènes comme pour le radon. Voici les principaux facteurs environnementaux pouvant augmenter les risques de cancer et les efforts déployés par l'équipe de santé environnementale de la Direction de santé publique pour en diminuer l'exposition.

### *Les trihalométhanes dans l'eau potable*

Il existe un risque certain de cancer chez l'animal qui proviendrait du chloroforme que l'on associe au cancer du rein ou du foie. Chez l'humain, le risque est difficile à évaluer. Le risque relatif est peu élevé et on associe plutôt chez l'humain le cancer de la vessie, du rectum et du colon à une surexposition aux trihalométhanes. Pour la leucémie chez l'enfant, il semble que l'association soit très spéculative. Nous faisons donc face à un problème de risque à la santé qui est difficile à quantifier.

*Activités de promotion et de prévention*

Dans certaines municipalités, les moyennes annuelles de concentrations de trihalométhanes peuvent dépasser la nouvelle norme annuelle moyenne de 80 µg/L. Dans ces municipalités, de concert avec les intervenants du ministère de l'Environnement, nous informons les responsables municipaux et soutenons les recommandations du ministère pour les modifications qui s'imposent aux réseaux de distribution.

*Activités de dépistage systématique du risque*

On ne peut pas faire de dépistage systématique de maladie dans la population. Par contre, en attendant que les municipalités puissent apporter les modifications nécessaires à leur réseau, on leur suggère d'effectuer une mesure par mois, pour la prochaine année, dans l'eau destinée à la consommation afin d'avoir une meilleure idée de l'exposition puisque les concentrations peuvent varier beaucoup au cours d'une même année.

***Les champs électromagnétiques***

Tel que mentionné dans le consensus du groupe de travail du ministère de la Santé et des Services sociaux sur les risques associés aux champs électromagnétiques (CEM) provenant des lignes électriques, le risque d'effets sur la santé lié à l'exposition chronique (apparition de leucémie chez l'enfant et chez l'adulte) demeure incertain.

*Activités de promotion et de prévention*

L'équipe de santé environnementale de la Direction de santé publique a participé aux audiences publiques sur l'éventuelle mise en place de la ligne à haute tension Grand-Brûlé Vigeant et la problématique des CEM. Ses recommandations se sont alignées sur celles du groupe de travail qui visent à évaluer les mesures de réduction possibles des niveaux de champs émis par les lignes d'électricité en tenant compte des 5 critères suivants : efficacité, faisabilité technique, coût raisonnable, acceptabilité sociale et sécurité.

***Le radon à Oka***

Il ne fait plus aucun doute maintenant que le radon est une cause importante de cancer du poumon, même aux concentrations rencontrées dans certaines maisons. On retrouve une situation exceptionnelle dans un secteur d'Oka et à un moindre degré dans un secteur de Saint-André. En particulier à Oka, on remarque des concentrations de radon dans certaines maisons qui dépassent de beaucoup, tout ce qui a déjà été mesuré ailleurs au Canada.

*Activités de promotion et de prévention*

À cause des risques de surexposition au radon de cette population, la Direction de santé publique, de la planification et de l'évaluation a mis en œuvre une intervention de santé publique de grande envergure dont des activités d'information mettant en garde la population des dangers associés au radon en incitant les propriétaires des maisons à risque à mesurer les concentrations de radon de leur domicile et d'apporter les corrections nécessaires si les résultats dépassaient la ligne directrice américaine de 150 Bq/m$^3$.

*Activités de dépistage systématique (mesures de radon dans les maisons)*

Pour cette même population qui totalise environ 350 maisons pour Oka et 95 pour Saint-André, plusieurs campagnes de dépistage systématique des secteurs considérés à risque à la recherche de maisons ayant une concentration élevée de radon ont été menées.

### *Les rayons ultraviolets*

Les cancers de la peau sont associés à l'exposition aux rayons ultraviolets et leur incidence augmente.

*Activités de promotion et de prévention*

Chaque année, nous nous associons aux campagnes de sensibilisation provinciales afin de réduire l'exposition de la population aux rayons ultraviolets. Nous informons aussi les propriétaires de garderie de manière opportuniste quand l'occasion se présente lors d'une demande ad hoc. Il s'agit d'éviter le soleil durant les heures d'ensoleillement maximal et de porter des vêtements protecteurs ainsi que d'utiliser des filtres solaires appropriés.

### *L'amiante*

L'exposition à l'amiante est reliée au cancer broncho-pulmonaire et au mésothéliome. Une vaste opération provinciale de prévention, concernant le flocage d'amiante dans les écoles primaires et secondaires du Québec, a été mise en branle en mars 1998. Les équipes de santé publique et de santé au travail des différentes régions du Québec, dont celle des Laurentides, ont été mises à contribution pour informer tous les groupes concernés et faire l'évaluation qualitative de l'état de conservation du flocage d'amiante dans les bâtiments impliqués. Cependant, bien que l'inhalation de fibres d'amiante en suspension dans l'air puisse provoquer des effets nocifs sur la santé à long terme, les risques d'amiantose ou de cancer associés aux concentrations de fibres d'amiante mesurées dans les bâtiments scolaires sont pratiquement inexistants ou très faibles. Cette démarche préventive visait surtout à connaître et à contrôler une situation reliée à l'amiante.

### *Les pesticides*

Certains pesticides sont suspectés d'activité cancérigène ou d'être des promoteurs d'activité cancérigène.

*Activités de promotion et de prévention*

De plus en plus, les individus et les collectivités sont sensibilisés à l'usage immodéré des pesticides dont l'usage résidentiel est considéré comme un risque inutile. La Direction de santé publique, de la planification et de l'évaluation encourage fortement les initiatives de plusieurs municipalités qui, comme Saint-Jérôme, veulent passer progressivement à l'utilisation de produits biologiques.

### *Autres activités*

Par ailleurs, l'équipe de santé environnementale de la Direction de santé publique, de la planification et de l'évaluation répond aux demandes ad hoc en deuxième ligne. Dans le cadre de ces interventions, les professionnels vont souvent donner un avis sur des risques appréhendés par la population d'être exposée à

des substances qu'on associe à des cancers comme la perception d'odeurs provenant d'une usine qui pouvait faire craindre la présence de solvants ou encore, la possibilité d'émission de formaldéhyde dans les poussières d'une autre compagnie. Ces interventions permettent d'éclairer la population qui est souvent submergée de renseignements parfois contradictoires.

***Santé en milieu de travail - Prévention des cancers professionnels***

Le réseau de la santé au travail, les CLSC et la Direction de santé publique, de la planification et de l'évaluation travaillent en étroite collaboration avec la Commission de la santé et de la sécurité du travail afin d'améliorer les conditions de travail au sein des entreprises du territoire des Laurentides. La lutte aux cancers professionnels se fait généralement dans le cadre des activités régulières avec les milieux de travail.

Entre autres activités, les équipes locales soutiennent les entreprises afin que celles-ci puissent respecter leurs obligations légales dont celles issues du Règlement sur la santé et la sécurité du travail. L'article 42 du Règlement précise que lorsqu'un travailleur est exposé à une substance identifiée à l'annexe I dudit règlement, comme ayant un effet cancérigène démontré (C1) ou soupçonné (C2) chez l'humain, une telle exposition doit être **réduite au minimum** même lorsqu'elle demeure à l'intérieur des normes prévues à cette annexe. Les équipes locales aident donc les employeurs et les travailleurs dans la recherche de solutions pour réduire l'exposition aux produits cancérigènes (mesures de substitution, de contrôle des cancérigènes, travail en système clos, captage à la source et port d'équipement de protection).

Malheureusement, les interventions des équipes locales de santé au travail des CLSC et celles de l'équipe régionale de la Direction de santé publique, de la planification et de l'évaluation se concentrent principalement auprès des secteurs manufacturiers. Un nombre encore important d'entreprises du territoire des Laurentides, comme au Québec d'ailleurs, ont peu accès aux services offerts par les équipes en santé au travail,[77] à moins qu'elles n'en fassent la demande explicite. Cette situation limite donc la portée de l'action préventive auprès de la population en général.

*Programmes provinciaux*

Quelques substances réglementées à l'annexe I du Règlement sur la santé et la sécurité du travail font l'objet de programmes d'interventions concertés au niveau provincial avec la Commission de la santé et de la sécurité du travail: l'amiante (C1), le béryllium (C2) et la silice cristalline-quartz (C2). Ces programmes ont entre autres objectifs d'éliminer à la source l'exposition à ces substances dans les milieux de travail et de s'assurer que les travailleurs se protègent adéquatement lorsque l'élimination à la source n'est pas possible (formation et information des travailleurs, accès aux équipements de protection individuelle). L'exposition à ces produits peut causer un cancer du poumon.

Au cours des dernières années dans la région des Laurentides, nous avons rejoint plus de 40 écoles de quatre commissions scolaires et visité plus de 1 200 locaux pour évaluer la qualité des flocages d'amiante. Les travaux de correction de 15 % des locaux; enlèvement et remplacement des matériaux, encapsulation; sont actuellement en cours et sous la responsabilité des commissions scolaires. Près de cinquante

[5] On fait référence ici à la notion de groupe prioritaire, c'est-à-dire qu'un règlement oblige les entreprises de ces groupes à avoir un programme de santé dispensé par le réseau de la santé au travail. Cette obligation n'est aucunement liée à celle décrite à l'article 42 du Règlement sur la santé et la sécurité du travail qui lui, s'applique à tous les établissements du Québec.

travailleurs du secteur de la construction, qui ont été exposés à l'amiante au cours de leur carrière, ont été rencontrés afin de recevoir des services de surveillance médicale. Deux séances d'information ont aussi été données aux employeurs responsables de chantiers où il pourrait y avoir des travaux d'enlèvement d'amiante et à leurs travailleurs afin que ceux-ci se protègent adéquatement lors des travaux.

Plus de 150 entreprises des Laurentides sont identifiées dans le cadre d'un projet provincial de diminution de l'exposition au béryllium. Pour l'instant, l'intervention se concentre auprès des quatre fonderies du territoire. Les résultats d'exposition sont connus dans une seule entreprise et la présence de béryllium n'est pas détectée. Suite aux projets d'intervention pour limiter l'exposition à la silice lors des procédés de décapage au jet et aux isocyanates lors de la peinture, tous les carrossiers du territoire ont modifié leur procédé en substituant l'olivine synthétique à la silice et en mettant à la disposition des travailleurs effectuant le décapage au jet ou la peinture, un système de protection respiratoire à adduction d'air. De plus, les programmes de santé des établissements municipaux peuvent prévoir des activités de prévention reliées à l'exposition aux rayons ultraviolets pour les travailleurs de la voirie. Il faut toutefois noter qu'il n'existe pas de programme systématique de prévention de l'ensemble des cancers professionnels. Le Programme national de santé publique – la santé en milieu de travail, actuellement en élaboration, devrait comporter des actions précises sur la prévention des cancers professionnels.

### *Alimentation*

La Direction de santé publique, de la planification et de l'évaluation n'a pas de programme organisé en nutrition.

## *Le Programme québécois de dépistage du cancer du sein*[78]

Le cancer du sein demeure, au Québec comme dans plusieurs pays occidentaux, la principale forme de cancer chez les femmes. La méconnaissance des causes du cancer du sein et l'impossibilité d'agir sur les principaux facteurs de risque connus (âge, antécédents familiaux) rendent difficilement applicable, pour l'instant, toute stratégie basée sur la prévention primaire. Par contre, on sait que la détection précoce du cancer du sein offre de bonnes chances de guérison.[79]

Le dépistage du cancer du sein ayant été identifié comme une des priorités nationales de santé publique, en 1997 le Québec a décidé de mettre en place un programme de dépistage systématique dans le but de réduire d'au moins 25 % la mortalité par cancer du sein chez les femmes de 50 à 69 ans, sur une période de dix ans.[80] Il s'agit du Programme québécois de dépistage du cancer du sein (ou PQDCS).

---

[78] Résumé de la section présentée par Céline Piché, coordonnatrice administrative, Nicole Lapointe, agente de planification et de programmation sociosanitaire et Guylaine Arbour, agente de recherche sociosanitaire du programme québécois de dépistage du cancer du sein des Laurentides, Direction de santé publique, de la planification et de l'évaluation.

[79] MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, Programme québécois de dépistage du cancer du sein – *Rapport d'activités des années 1998 et 1999*, mai 2001.

[80] MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, Programme québécois de dépistage du cancer du sein – *Cadre de référence*, octobre 1996.

### *Implantation du PQDCS*

*Organisation des services*

Les centres de dépistage désignés (ou CDD) sont choisis parmi les centres publics (centres hospitaliers) ou privés (cliniques de radiologie) et doivent mettre en place les services répondant aux exigences du programme. En 1996, il y avait cinq centres de mammographie dans la région, deux en cliniques privées et trois en centres hospitaliers. L'implantation du PQDCS a entraîné une révision basée sur la densité de la population, une répartition géographique plus équilibrée et l'accessibilité à des équipements de pointe pour les équipes médicales des centres hospitaliers. Cinq centres de dépistage ont été prévus, les voici :

- Le Centre hospitalier et Centre de réadaptation Antoine-Labelle;
- L'Hôtel-Dieu de Saint-Jérôme;
- La Clinique de radiologie Saint-Eustache;
- Le Centre hospitalier Laurentien (programme non démarré au 31 mars 2002);
- Le CLSC-Hôpital d'Argenteuil (programme non démarré au 31 mars 2002).

Les centres de référence pour investigation désignés (ou CRID) sont mis en place afin d'offrir la gamme complète des services, de la façon la plus coordonnée possible, aux femmes qui ont besoin d'une investigation suite à une mammographie anormale. Compte tenu du volume estimé d'examens à réaliser et de la recommandation de désigner un nombre restreint de centres d'investigation, un seul CRID a été désigné. Celui-ci est situé au Centre hospitalier Saint-Eustache.

Le centre de coordination des services régionaux (ou CCSR), dont le mandat est d'assurer le suivi et la coordination des activités du programme dans la région, est situé à la Régie régionale et relève de la Direction régionale de santé publique, de planification et d'évaluation.

### *Processus d'agrément et de certification*

Tous les centres, CDD et CRID, réalisant des mammographies pour le programme, doivent être reconnus par le Programme d'agrément en mammographie (ou PAM) de l'Association canadienne des radiologistes. Dans le cadre du PAM, les centres doivent soumettre, pour étude, des films de mammographie sur lesquels on ne retrouve pas d'anomalie. Pour les centres à faible débit, le délai nécessaire pour produire ces films est plus long que celui alloué par le Programme d'agrément en mammographie. Le centre de référence pour investigation désigné rencontre une difficulté supplémentaire : sa clientèle étant presque exclusivement composée de femmes présentant des anomalies aux seins, il devient extrêmement difficile de produire les films sans anomalie exigés par le PAM.

Bien qu'ils y consacrent beaucoup d'efforts et de temps et malgré le soutien technique et financier de la Régie régionale, deux des cinq centres de dépistage et le centre de référence pour investigation n'ont pas encore obtenu l'agrément en mammographie, ce qui retarde le déploiement du programme dans la région.

La mise sur pied d'une équipe de soutien, de même qu'une demande de révision des exigences pour les centres de référence pour investigation désignés, sont présentement à l'étude au ministère de la Santé et des Services sociaux mais les travaux ne progressent pas au rythme souhaité par les responsables régionaux.

*Démarrage du programme*

Le programme est reconnu comme étant appliqué dans une région lorsque l'organisation des services est terminée ou avancée et que le système d'information entre en fonction dans au moins un centre de dépistage. On dit alors qu'une région «démarre» ou encore que le PQDCS est «mis en place» dans une région. Il est important de noter que dans une région où l'on implante le programme, seuls les CDD peuvent facturer à la Régie de l'assurance maladie du Québec les honoraires des mammographies de dépistage qui y sont faites, et ce, à compter de la date du démarrage dans cette région. La Direction régionale de santé publique, de planification et de l'évaluation a pris la décision de mettre en place le programme dans la région, même si l'organisation des services n'était pas complétée, puisque la majorité des centres étaient prêts; le programme devant être appliqué progressivement dans les autres centres, à mesure qu'ils seraient prêts. Le PQDCS a démarré officiellement dans les Laurentides le 1er mai 1999.

*Activités du centre de coordination des services régionaux*

En fonction depuis septembre 1998, le Centre de coordination des services régionaux doit assurer le suivi et la coordination des activités du programme dans la région. Il doit entre autres, assurer la promotion du programme, répondre aux demandes d'information des femmes et des intervenants (à cet effet une ligne téléphonique spécifique avec un numéro sans frais est accessible), procéder à l'invitation et au rappel des femmes, procéder à l'envoi des lettres de résultat et faire le suivi des résultats anormaux.

***Promotion – Information – Sensibilisation***

Sous ce volet, différentes activités ont été réalisées et des outils de promotion ont été créés. Plusieurs acteurs ont contribué à rejoindre les femmes visées par le PQDCS ainsi que les intervenants impliqués directement ou indirectement dans la lutte au cancer du sein. La plupart des documents s'adressant directement aux femmes ont été reproduits en anglais.

***Formation des intervenants***

*Activités réalisées*

- Information sur le PQDCS et Utilisation du système d'information SI–PQDCS à l'intention du personnel des centres de dépistage, des centres de référence pour investigation désignés et des centres de coordination des services régionaux.
- Sensibilisation à l'approche à privilégier à l'endroit des femmes visées par le PQDCS à l'intention du personnel des centres de dépistage, des centres de référence pour investigation désignés et des centres de coordination des services régionaux.
- Fonctionnement du PQDCS et recommandations concernant le dépistage, l'investigation et le suivi du cancer du sein à l'intention des omnipraticiens.
- Information sur le PQDCS à l'intention des infirmières d'Info-Santé CLSC.

*Activités à venir*

- Information sur le PQDCS à l'intention du personnel des centres de dépistage non désignés, avant leur entrée dans le programme.

- Sensibilisation à l'approche à privilégier à l'endroit des femmes visées par le PQDCS – module avancé à l'intention du personnel du CRID et des intervenantes psychosociales.
- Formation à l'intention des médecins, à déterminer selon une évaluation des besoins.
- Formation à l'écoute et à la relation d'aide à l'intention des bénévoles des organismes offrant des services aux personnes atteintes de cancer.

Les radiologistes et les technologues en radiologie doivent faire la preuve qu'ils ont participé à des activités de formation continue pour maintenir leur participation au PQDCS.

***Suivi des résultats anormaux***

Lorsque la mammographie est *anormale*, le Centre de coordination des services régionaux doit s'assurer qu'un médecin a pris en charge le suivi de la femme et pour ce faire, plusieurs actions sont posées :

- Contrôle des délais d'investigation via le système d'information spécifique au PQDCS (SI-PQDCS);
- Appel téléphonique à la femme;
- Envoi d'une lettre au médecin traitant;
- Recherche de données manquantes au SI-PQDCS.

Lorsque la conclusion de l'investigation n'est pas inscrite au SI-PQDCS, la femme ne peut pas être rappelée après deux ans. Le Centre de coordination des services régionaux procède donc à la recherche des informations manquantes en utilisant différents moyens et sources de renseignements :

- Appel téléphonique à la femme;
- Envoi d'une lettre ou télécopie au médecin traitant;
- Appel au CDD et/ou à la clinique du médecin;
- Demande de copie des rapports d'investigation au centre où a eu lieu l'investigation;
- Envoi des rapports obtenus à l'équipe de l'Institut national de santé publique du Québec qui effectue la saisie des données.

*Information et soutien à la clientèle*

Lors d'appels téléphoniques au Centre de coordination des services régionaux, de l'information, du soutien et de l'accompagnement sont offerts aux femmes qui en éprouvent le besoin. Si nécessaire, les femmes peuvent être référées à l'intervenante sociale du CRID.

***Collaboration avec différents partenaires***

Financé par la Régie régionale, le *Programme d'information et de sensibilisation sur le dépistage du cancer du sein* vise à faire la promotion du PQDCS et des méthodes de dépistage. Il a été réalisé sous forme de projet-pilote dans un CLSC d'abord, puis dans les 7 CLSC de la région. Neuf infirmières ont reçu la formation requise et organisent des activités sur leur territoire respectif.

*Résultats préliminaires*

***Population admissible***

La population admissible est composée des femmes âgées de 50 à 69 ans qui résident dans la région des Laurentides. La population moyenne en 2000-2001 était de 47 485 femmes. [81]

***Lettres envoyées***

Les données compilées par le secrétariat du Centre de coordination des services régionaux nous indiquent que, pour la période de janvier 2000 à décembre 2001, 22 405 lettres d'invitation, 15 977 lettres de relance et 7 102 lettres de rappel ont été acheminées aux femmes de la région.[82] Les lettres d'invitation destinées aux femmes qui habitent les secteurs des deux centres de dépistage non démarrés ne sont pas envoyées pour le moment mais devraient l'être bientôt.

***Activités de dépistage***

Selon les données issues de la banque du PQDCS[83], le nombre de femmes admissibles ayant passé une première mammographie de dépistage (cycle 1)[84] de 1999 à 2001 est de 21 027, ce qui représente un taux de participation au dépistage de 44,3 %. Notons que 76,2 % de ces dépistages ont été réalisés dans la région. On peut penser que ce taux serait plus élevé si toutes les femmes admissibles avaient été invitées.[85]

Parmi les 21 027 femmes ayant eu une mammographie de dépistage, 20 909 (99,4 %) ont consenti à participer au PQDCS [86] :

- 38,9 % sont âgées de 50 à 54 ans;
- 27,8 % de 55 à 59 ans;
- 18,9 % de 60 à 64 ans;
- 14,4 % de 65 à 69 ans.

Le résultat de la mammographie de dépistage a été *normal* dans 78,4 % des cas, *normal/lésion bénigne* dans 8,3 % des cas et *anormal* dans 13,3 % des cas. Le délai pour obtenir un rendez-vous pour une

---

[81] Source : RÉGIE DE L'ASSURANCE MALADIE DU QUÉBEC, Fichier des populations admissibles, 2001. La moyenne est calculée sur les populations ajustées de septembre 1999, mars et novembre 2000 et mai 2001.

[82] Avant cette date, le Centre de coordination des services régionaux a fait parvenir les lettres de résultat aux femmes de la région qui avaient participé au programme dans une région démarrée.

[83] Banque de données exadepist31122001reg15.sav, extraction du SI-PQDCS, 31 décembre 2001.

[84] Un cycle est d'une durée de deux ans. Un certain nombre de femmes de la région sont à leur deuxième cycle dans le programme et quelques-unes, ayant débuté le programme dans une autre région, sont rendues à leur troisième cycle de dépistage.

[85] Compte tenu des restrictions qui étaient en vigueur pour l'accès à la mammographie de dépistage, certaines mammographies, dont le nombre est inconnu, ont été facturées sous le code «*mammographie diagnostique*» et n'ont donc pas été enregistrées dans le Programme québécois de dépistage du cancer du sein . Le taux de participation au dépistage obtenu est donc plus bas que le taux réel.

[86] Lorsqu'une femme donne son consentement à participer au programme, cela signifie qu'elle accepte que les données la concernant soient envoyées aux responsables du programme et que les données recueillies soient utilisées à des fins de recherche et d'évaluation du programme. C'est pourquoi les analyses ne portent que sur les femmes ayant consenti au programme et que les données sur les femmes ayant été dépistées, mais ayant refusé d'entrer dans le programme ne peuvent être utilisées.

mammographie de dépistage est variable d'un CDD à l'autre, allant de deux semaines à quatre mois (selon l'information fournie par les centres de dépistage).

## *Les cancers colorectal et de la prostate*

Il n'y a pas de programme structuré de dépistage pour ces cancers.

### Le cancer du col utérin[87]

L'infection par le virus du papillome humain (ou VHP), communément appelée condylomes, constitue un important facteur de risque associé au cancer du col. Selon Santé Canada, entre 10 % et 30 % de la population adulte est infectée par le VHP.[88] Toutefois, seuls certains génotypes du VHP sont associés au cancer du col utérin et leur évolution vers la néoplasie du col serait étroitement associée au tabagisme et à la présence de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (ou VIH). D'autres facteurs sont associés au risque plus élevé de cancer du col : un grand nombre de partenaires sexuels, un partenaire qui a eu de nombreux partenaires sexuels et l'âge précoce des premières relations sexuelles. Aussi, les Lignes directrices nationales et provinciales recommandent-elles que toutes les femmes actives sexuellement subissent régulièrement un test de dépistage du cancer col utérin (le test Pap).[89]

Actuellement, aucune activité structurée de dépistage n'est réalisée dans notre région bien que certaines actions soient posées en ce qui a trait aux volets des services de santé et de la prévention-promotion. Ainsi, dans le cadre de l'examen médical périodique, il est recommandé qu'un dépistage du cancer du col soit fait pour toutes les femmes qui ont une vie sexuelle active. Par contre, il n'y a aucun programme structuré qui en fait la promotion ou qui gère les examens et leurs résultats, comme c'est le cas pour le dépistage du cancer du sein.

Pour la Direction régionale de santé publique, de planification et de l'évaluation, les programmes de prévention des maladies transmissibles sexuellement (ou MTS), incluant les condylomes, visent surtout à réduire leur incidence au moyen d'activités de dépistage, de promotion des comportements préventifs favorisant la réduction des risques tels que l'utilisation de condoms, l'encouragement à retarder l'âge du début de la vie sexuelle active et la diminution du nombre de partenaires sexuels. Des activités de formation pour les professionnels de la santé (médecins et infirmières) sont prévues au cours de l'année 2002-2003. En collaboration avec le Collège québécois des Médecins de famille, la Direction régionale de santé publique, de planification et de l'évaluation offrira des ateliers de formation aux médecins et aux infirmières de la région sur les MTS virales, herpès et condylomes. Une mise à jour sur les MTS et les activités de notification aux partenaires est prévue à l'automne 2002 auprès des intervenants des cliniques MTS des CLSC, pour les clientèles jeunesse et adulte. La Direction régionale de santé publique, de planification et de l'évaluation assurera aussi la distribution auprès des intervenants de la région d'un dépliant d'information s'adressant aux personnes atteintes de condylomes.

---

[87] Résumé de la section présentée par Pierre Robillard, médecin conseil, Équipe des maladies infectieuses, Direction régionale de santé publique, de planification et de l'évaluation.

[88] SANTÉ CANADA, *Lignes directrices canadiennes pour les MTS*, Édition 1998, Division de la prévention et du contrôle des MTS, Bureau du VIH/Sida et de la tuberculose, Laboratoire de lutte contre la maladie, Direction générale de la protection de la santé, Ottawa, pp. 193-99.

[89] Ibid.

## Les principaux constats de la tournée régionale des établissements en 2002

Une professionnelle de la Direction régionale des affaires médicales et hospitalières de la Régie régionale des Laurentides a effectué, à l'hiver 2002, une tournée dont l'objectif général était de rencontrer les divers intervenants des 5 centres hospitaliers et des 7 CLSC impliqués activement auprès de la clientèle qui lutte contre le cancer. Les objectifs spécifiques étaient de recueillir les informations concernant l'organisation et la prestation des services à la clientèle atteinte de cancer, dresser un portrait sur le mode de distribution des services et établir des constats à partir de la cueillette d'information. Les rencontres, d'une durée de trois heures, étaient encadrées par un canevas d'entrevue afin d'assurer une harmonisation de la cueillette d'information. Lors de ces rencontres, 70 intervenants de la santé de plusieurs secteurs ont été consultés, tels que :

- Directeurs généraux;
- Directeurs des services professionnels;
- Médecins de famille;
- Hémato-oncologues;
- Oncologues;
- Chefs de services;
- Chefs d'administration de programmes;
- Infirmières cliniciennes;
- Infirmières assistantes;
- Ergothérapeutes;
- Inhalothérapeutes.

Suite à la tournée régionale, des constats ont été dégagés. Ils sont énumérés en lien avec les différentes activités du continuum de soins. De ces constats, des forces et des faiblesses ont été ressorties. L'expression «force» a été utilisée pour faire ressortir ce qui est accessible dans la région, tandis que l'expression «faiblesse» désigne les limites, les difficultés, les situations qui bénéficieraient d'être améliorées.

### *Constats en lien avec les activités d'investigation et diagnostiques*

*Accessibilité*

Les cinq centres hospitaliers des Laurentides offrent des activités diagnostiques de base. L'accessibilité au SCAN sur le territoire de Sainte-Agathe a permis de réduire considérablement la liste d'attente au centre hospitalier régional, soit l'Hôtel-Dieu de Saint-Jérôme. Seul le CLSC-Hôpital d'Argenteuil n'offre pas la tomodensitométrie. Le centre régional dispose également de services diagnostiques spécialisés de médecine nucléaire. Des services de résonance magnétique seront accessibles à la fin de l'année 2002. Bien que l'Hôtel-Dieu de Saint-Jérôme offre les activités de médecine nucléaire, les centres hospitaliers du bassin sud et celui du bassin nord utilisent principalement les corridors de service établis avec les établissements de la région de Montréal.

*Corridors de service*

Des corridors de service formels et informels sont établis pour les services non offerts par les établissements. Ceux-ci sont principalement établis avec la région de Montréal, entre autres avec l'Hôpital Sacré-Cœur, l'Hôpital Notre-Dame et l'Hôpital Saint-Luc du Centre hospitalier de l'Université de Montréal et l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont. Des services sont aussi consommés dans la région de Laval. Certains médecins utilisent leur réseau de collègues pour faire des références. Ces modalités permettent parfois d'accélérer la prise en charge de la personne. Quant au délai pour l'ensemble des activités diagnostiques, il varie selon l'urgence de la demande et est plus rapide lorsque la clientèle est hospitalisée. Mais de prime abord, la clientèle atteinte de cancer est prioritaire.

***Forces de la région***

- ✓ Les services de base sont accessibles.
- ✓ Un projet de résonance magnétique à l'Hôtel-Dieu de Saint-Jérôme (ou HDSJ) est en voie de réalisation.
- ✓ L'accessibilité aux services hors région est assurée par des corridors de service.
- ✓ L'ouverture de la tomodensitométrie au CH Laurentien a diminué considérablement la liste d'attente de l'HDSJ.

***Faiblesses de la région***

- ✓ Malgré les corridors de service établis, les médecins doivent souvent téléphoner à l'établissement receveur pour un accès rapide à un examen d'investigation. Lorsque ce contact est fait, le délai est acceptable. Si la demande est acheminée par les voies normales, le délai s'avère plus long.
- ✓ Le délai d'accès est plus rapide lorsqu'une personne est hospitalisée.
- ✓ Les spécialistes mentionnent que certains établissements receveurs font une rétention de la clientèle, et que celle-ci est retournée dans sa région d'origine pour un suivi tardif, soit à la phase préterminale ou terminale de la maladie.

## *Constats en lien avec les activités chirurgicales*

*Accessibilité*

Les centres hospitaliers des Laurentides assurent la plupart des chirurgies simples. La présence des spécialistes hors région à l'intérieur de nos centres hospitaliers permet à la clientèle, ayant subi une chirurgie à l'extérieur de la région, d'avoir un suivi postopératoire au niveau local. Les soins postopératoires sont assurés dans des délais acceptables par tous les CLSC.

*Corridors de service*

L'accessibilité à des corridors de service intrarégionaux et extrarégionaux permet les références pour des chirurgies plus complexes. Le délai pour subir une chirurgie après le diagnostic de tumeur maligne est d'au plus 1 mois.

***Forces de la région***

- ✓ Dès le diagnostic établi, le délai est d'au plus 1 mois pour la chirurgie ou le traitement (ressources intra ou extraterritoriales).
- ✓ Le délai est acceptable pour la prise en charge par les CLSC, en phase postopératoire pour des soins physiques.
- ✓ La répartition intrarégionale des types de chirurgies selon les spécialités permet une certaine rétention de la clientèle.
- ✓ La présence, à tour de rôle, des spécialistes hors région à l'intérieur de nos établissements assure une accessibilité et permet à certaines clientèles d'avoir un suivi postopératoire local malgré une intervention chirurgicale hors région.

***Faiblesses de la région***

- ✓ Il y a une rétention de la clientèle hors région en phase postopératoire par certains spécialistes.
- ✓ Il y a des références tardives de la clientèle traitée hors territoire vers la région de résidence.

## *Constats en lien avec les activités de radiothérapie*

*Accessibilité*

Les établissements de la région n'offrent pas de service de radiothérapie. Un projet de centre de radiothérapie à l'Hôtel-Dieu de Saint-Jérôme a été déposé au ministère de la Santé et des Services sociaux en octobre 1999. Ce projet permettrait la rétention de la clientèle et aurait un impact direct sur la qualité de vie des patients en traitement et sur les coûts de déplacement.

Les principaux corridors de service sont établis avec la région de Montréal à l'Hôpital Notre-Dame du Centre hospitalier de l'Université de Montréal et à l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont, ainsi qu'avec la région de Trois-Rivières au Centre hospitalier régional de Trois-Rivières. Le service d'hébergement de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont pendant les traitements de radiothérapie est connu mais peu utilisé par la clientèle. Cette dernière préfère demeurer dans sa région de résidence afin d'être supportée par les siens.
Certaines clientèles refusent ou même abandonnent leurs traitements de radiothérapie à cause de la fatigue due à la maladie, des distances à parcourir, des frais associés et de l'éloignement de leur famille.

Le délai se situe à l'intérieur d'un mois pour obtenir une première consultation d'évaluation et de planification des traitements. Quant au délai pour le début des traitements, il peut varier à plus ou moins un mois selon la liste d'attente et l'urgence clinique. Le médecin peut contacter le centre receveur pour une prise en charge plus rapide.

***Forces de la région***

- ✓ L'accessibilité à des corridors de service avec Montréal et Trois-Rivières favorise le continuum de services.
- ✓ Les délais sont acceptables.
- ✓ Les situations d'urgence sont priorisées.

***Faiblesses de la région***

- ✓ Il n'y a pas de radiothérapie dans la région (projet déposé au MSSS par l'HDSJ en 1999).
- ✓ Certaines personnes abandonnent leurs traitements en raison de l'éloignement, des frais de déplacement et du manque de support psychologique.

## *Constats en lien avec les activités de chimiothérapie*

*Accessibilité*

Trois centres hospitaliers de la région, à l'exception du Centre hospitalier Saint-Eustache et du CLSC-Hôpital d'Argenteuil, administrent des traitements de chimiothérapie. L'augmentation de la demande ainsi que la complexité des traitements de chimiothérapie ont un effet direct sur le budget de pharmacie de l'hôpital. Les coûts des médicaments augmentent de façon exponentielle. La charge de travail des pharmaciens et des techniciens est de plus en plus grande. Des activités d'enseignement et de support sont mises de côté à certains endroits à cause du manque de ressources humaines et matérielles.

Il n'y a pas de clinique spécialisée de contrôle de la douleur cancéreuse. es médecins se consultent mutuellement, selon les besoins.

Certains centres hospitaliers ont un pharmacien impliqué dans l'équipe d'oncologie ou l'équipe des soins palliatifs. Il s'agit d'un intervenant ayant un rôle important dans l'équipe pour le contrôle des effets secondaires des traitements et dans l'enseignement à la personne atteinte d'un cancer.

*Partage des coûts des médicaments*

Les centres hospitaliers assument les coûts des médicaments administrés à la clientèle hospitalisée et à celle des cliniques externes. Les coûts des médicaments préparés par la pharmacie de l'hôpital pour la clientèle à domicile sont aux frais de celle-ci. Certaines personnes sont hospitalisées pour recevoir leurs traitements ou les reçoivent à la clinique externe du centre hospitalier de manière à éviter de défrayer des coûts onéreux. Une partie d'entre elles pourrait recevoir ses médicaments au CLSC de sa région, mais devrait alors en assumer les coûts.

*Main-d'œuvre médicale spécialisée*

La pénurie d'oncologues préoccupe les intervenants. Actuellement, un omnipraticien du Centre hospitalier et Centre de réadaptation Antoine-Labelle assure le suivi des personnes sous traitement de chimiothérapie en partenariat avec les hémato-oncologues de l'Hôpital du Sacré-Coeur.

Aux dires des intervenants rencontrés, les personnes atteintes d'un cancer se disent insatisfaites de l'absence de plan de traitement préétabli et de l'incohérence au niveau des approches entre les spécialistes qui se déplacent à tour de rôle dans les centres hospitaliers de la région.

*Rétention de la clientèle*

La clientèle ciblée ne reçoit pas nécessairement ses traitements dans la région des Laurentides. Advenant une chirurgie préalable à l'amorce des traitements de chimiothérapie dans une autre région, le suivi est

assuré à cet endroit. Conséquemment, cela implique pour la personne de longs déplacements et des frais élevés.

Les spécialistes mentionnent que certains établissements receveurs favorisent une rétention hors région. Ils réfèrent la clientèle vers leur région de résidence à la phase préterminale ou terminale de la maladie.

L'équipe de l'Hôtel-Dieu de Saint-Jérôme encourage l'intégration de l'administration de certains traitements spécialisés en oncologie dans les services de base des CLSC au niveau des cliniques ambulatoires ou à domicile. L'Hôtel-Dieu de Saint-Jérôme est en voie de signer un protocole d'administration de produits sanguins et dérivés pour la clientèle en soins palliatifs, en phase terminale et non ambulante, avec trois CLSC des territoires environnants. L'objectif poursuivi est d'offrir des soins de confort qui permettront une meilleure qualité de vie à la personne atteinte et à sa famille.

*Lieux d'administration des traitements*

Les lieux d'administration des traitements varient d'un centre à l'autre. Il peut s'agir de la clinique externe ou de l'unité de soins. Une clinique d'hémato-oncologie a été inaugurée à l'automne 2001 à l'Hôtel-Dieu de Saint-Jérôme. C'est un endroit bien aéré et bien éclairé où la clientèle dispose d'un espace vital acceptable. Il y a même des pièces fermées pour certaines situations. Les lieux d'administration des traitements des autres établissements sont plutôt exigus, surpeuplés, très étroits et non sécuritaires. Il peut s'agir d'un bureau médical où l'on déplace les meubles pour la journée, d'un espace de rangement surchargé ou d'une installation dans le corridor. La confidentialité n'est pas assurée à cause de la promiscuité des fauteuils. Il y a aussi des risques d'accidents dus à la circulation des visiteurs dans les corridors.

La possibilité de terminer une perfusion d'un médicament antinéoplasique à domicile est accessible et le suivi est assuré par les infirmières des CLSC des territoires.

***Forces de la région***

- ✓ Des traitements sont accessibles dans trois centres hospitaliers sur cinq.
- ✓ Les nouveaux locaux de la clinique externe d'hémato-oncologie de l'Hôtel-Dieu de Saint-Jérôme offrent un environnement adéquat et agréable pour les personnes recevant des traitements de chimiothérapie.
- ✓ Le suivi de perfusion d'un médicament antinéoplasique à domicile par les infirmières des CLSC de la région est accessible.

***Faiblesses de la région***

- ✓ Certains lieux physiques où on procède à l'administration des traitements sont inadéquats.
- ✓ Il y a une inadéquation marquée entre la complexité des traitements et les ressources disponibles (humaines, financières et matérielles).
- ✓ La disparité dans le mode de fonctionnement entre les centres hospitaliers et les CLSC s'explique en partie par la répartition budgétaire respective.
- ✓ La clientele doit parcourir de grandes distances pour accéder à des services, et ce, particulièrement pour la clientèle au nord de la région (+ 250 km vers Montréal).
- ✓ Certains traitements pourraient être administrés dans un lieu autre qu'un centre hospitalier.
- ✓ On observe une iniquité du partage des coûts entre le régime d'assurance médicaments du Québec et les régimes d'assurances collectives privées.

## *Constats en lien avec les activités adaptation/réadaptation et soutien*

Les services d'ergothérapie et de physiothérapie sont restreints dans tous les établissements de la région, autant en centre hospitalier qu'en CLSC, à cause du manque d'effectifs. Les personnes atteintes de cancer sont prioritaires au détriment des autres clientèles. Pour la clientèle hospitalisée, le délai de consultation varie de quelques jours à un mois. Ce sont généralement des interventions à court terme. La clientèle n'a pas accès à des lits de convalescence. Des ressources intermédiaires offrent certains services de base, mais les listes d'attente sont longues, ce qui a pour effet d'augmenter la durée moyenne de séjour en centre hospitalier. Les établissements offrent des services de prêt d'équipements, les frais associés variant d'une région à l'autre.

Les demandes de services d'une nutritionniste sont traitées de façon prioritaire pour les personnes en soins palliatifs dans les CLSC où la ressource est disponible. Cependant, il y a beaucoup de disparité dans le type de services offerts par les nutritionnistes. Les ressources humaines dans le cadre du programme «chèques emploi service» sont manquantes dans certaines régions telles que Thérèse-de-Blainville et Argenteuil. Sept CLSC sur sept assurent et traitent de façon prioritaire les demandes d'aide de soins intensifs de soutien à domicile (ou SISAD) pour les personnes en soins palliatifs. Vers la mi-année financière, le budget SISAD du CLSC Thérèse-de-Blainville est épuisé.

L'accessibilité à des services de soutien psychologique varie d'un établissement à l'autre et est jugée généralement très insuffisante. L'Hôtel-Dieu de Saint-Jérôme offre les services d'un psychologue dédié aux clientèles de soins palliatifs, quatre jours/semaine, tandis qu'au Centre hospitalier Laurentien, quatre heures/semaine sont offertes. Au Centre hospitalier et Centre de réadaptation Antoine-Labelle, Centre Mont-Laurier, les services d'une travailleuse sociale sont disponibles à raison de huit heures/semaine.

Les personnes rencontrées lors de la tournée régionale ont fréquemment rapporté le manque de ce type de ressources et les besoins criants pour la clientèle en situation de crise. Globalement, le support psychologique à la clientèle est assumé par chacun des intervenants en relation directe avec celle-ci. Les intervenants déplorent le manque de soutien précoce à l'annonce du diagnostic.

Le service de pastorale du Centre hospitalier et Centre de réadaptation Antoine-Labelle, Centre de l'Annonciation, est impliqué au niveau du soutien psychologique de la clientèle en soins palliatifs.

Divers organismes communautaires impliqués auprès des personnes atteintes de cancer offrent des services de soutien et d'accompagnement. Les bénévoles du groupe d'entraide Claire-Voie au Centre hospitalier et Centre de réadaptation Antoine-Labelle, Centre Mont-Laurier, sont disponibles les jours de clinique d'oncologie. Pallia-Vie dans la région de Saint-Jérôme et les environs, Oasis Cancer dans la région de Saint-Jovite et SERCAN dans la région de Saint-Eustache offrent aussi une disponibilité pour des visites à domicile. La Société canadienne du cancer offre également des services de soutien et d'information aux personnes atteintes et à leurs proches.

Dans la région de Sainte-Agathe, le soutien psychologique pour les intervenants du CLSC des Trois-Vallées, oeuvrant auprès de la clientèle en soins palliatifs, vient des pairs principalement et de l'équipe interdisciplinaire. Il n'y a pas d'activité structurée de soutien. Dans le cadre d'un projet-pilote financé par la municipalité, cette dernière offre à ces intervenants les services de soutien d'un psychologue à raison d'une demi-journée par trois semaines.

Lors de la visite d'évaluation en soins palliatifs, les intervenants du CLSC des Pays-d'en-Haut assurent conjointement la première visite de l'infirmière et de l'agente en relations humaines.

*Transport*

Lorsqu'une personne hospitalisée doit subir un examen quelconque à l'extérieur de l'établissement, les frais de transport sont assumés par l'établissement. Par contre, certains établissements n'appliquent pas la politique de remboursement du ministère lorsque la personne est transportée par un membre de sa famille.

Quelques ressources communautaires offrent des services de transport par des bénévoles, mais ceux-ci demeurent très coûteux pour la clientèle qui doit les utiliser sur une base régulière. L'accessibilité et les coûts varient d'une région à l'autre.

***Forces de la région***

- ✓ Il y a quelques ressources en psychologie en centre hospitalier.
- ✓ L'aide à domicile pour les personnes atteintes de cancer ou en soins palliatifs est prioritaire en CLSC, avec un délai de moins d'une semaine.
- ✓ Sept CLSC sur sept assurent et traitent de façon prioritaire les services intensifs de soutien à domicile.
- ✓ Divers organismes de soutien à but non lucratif ont été mis en place et sont impliqués au niveau de l'accompagnement.

***Faiblesses de la région***

- ✓ Absence de soutien psychologique lors de l'annonce du diagnostic.
- ✓ Absence de mécanisme de référence précoce pour soutien à la personne atteinte.
- ✓ Iniquité dans les mécanismes de prêts d'équipements dans la région et variabilité des coûts.
- ✓ Iniquité dans les services de soutien offerts dans la région tels que disponibilité de nutritionnistes, aide à domicile, soutien psychosocial.
- ✓ Pas de mécanisme formel de soutien pour le personnel soignant.
- ✓ Iniquité dans la disponibilité des ressources humaines dans le cadre du programme chèque emploi services dans la région.
- ✓ Ressources professionnelles insuffisantes : structure de postes à temps partiel.
- ✓ Augmentation des délais d'accessibilité pour les autres types de clientèles.
- ✓ Atteinte du budget de services intensifs de soutien à domicile avant la fin de l'année financière (mi-année pour le CLSC Thérèse-de-Blainville).
- ✓ Pas de lit de convalescence dans la région : l'utilisation des lits en ressources intermédiaires implique que la personne ne doit pas nécessiter de soins physiques et qu'il y a une longue liste d'attente. Par conséquent, la personne reste hospitalisée et la durée moyenne de séjour augmente.

## *Constats en lien avec les activités de mécanismes de liaison (CH–CLSC–Cabinets privés)*

Les établissements ne disposent pas d'intervenant pivot en oncologie. Les références entre les centres hospitaliers et les CLSC sont complétées par les infirmières de liaison. Celles-ci sont présentes sur semaine seulement. Au niveau des CLSC, les références sont acheminées vers l'accueil du soutien à domicile sur semaine et vers l'Info-Santé en soirée et fin de semaine. Ainsi, toute liaison est possible 24 heures sur 24 en CLSC. Les centres hospitaliers affirment ne pas connaître exactement l'offre de service

de base accessible dans les CLSC. La plupart des demandes sont acheminées par télécopieur, suivies d'une confirmation téléphonique. La lisibilité des documents est souvent de mauvaise qualité. Les mécanismes de liaison entre les établissements de la région sont mieux harmonisés qu'avec les établissements de l'extérieur. Il n'y a pas de mécanisme de liaison avec les cabinets privés.

***Forces de la région***

- ✓ Les demandes de prise en charge par les CLSC sont traitées quotidiennement.
- ✓ Au Centre hospitalier Laurentien, des mécanismes de liaisons CH-CLSC prévoient la planification du congé par l'évaluation des besoins avant le départ de l'hôpital, incluant une rencontre de l'intervenant du CLSC pour la prise en charge.
- ✓ Le CLSC des Pays-d'en-Haut réactive sa présence au comité de liaison avec l'Hôtel-Dieu de Saint-Jérôme de manière à harmoniser et améliorer les mécanismes de liaison en place.
- ✓ Des moyens d'harmonisation sont en place pour améliorer les mécanismes de liaison.

***Faiblesses de la région***

- ✓ Il n'y a pas d'intervenant pivot pour assurer les mécanismes de référence entre les différents partenaires.
- ✓ Le mode de référence (télécopieur et téléphone) exige beaucoup de procédures.
- ✓ Il est très difficile de rejoindre le médecin traitant (soir, nuit et fin de semaine).
- ✓ La pénurie de médecin pour une prise en charge de la clientèle est inquiétante.
- ✓ Il existe plusieurs iniquités quant à l'approvisionnement des fournitures médicales.

## *Constats en lien avec les activités de soins palliatifs*

Tous les centres hospitaliers et les CLSC de la région offrent des soins palliatifs. Il y a quatorze lits réservés à cette clientèle répartis ainsi : quatre lits au Centre hospitalier et Centre de réadaptation Antoine-Labelle, Centre Mont-Laurier, et deux au Centre l'Annonciation, quatre lits au CLSC-Hôpital d'Argenteuil ainsi que quatre lits à l'Hôtel-Dieu de Saint-Jérôme. Deux centres ont aménagé un espace de style «milieu de vie». Pour les autres, on tente de rapatrier la clientèle sur une même unité de soins. Certains ont une équipe interdisciplinaire spécialisée et une organisation structurée avec une philosophie «soins palliatifs» telle que reconnue par l'Association québécoise de soins palliatifs. Les ressources professionnelles, tant au niveau des soins infirmiers, du soutien psychologique que d'aide sont insuffisantes.

Six lits sont disponibles dans les centres hospitaliers de soins de longue durée pour hébergement temporaire soit moins de 30 jours. Certains secteurs de la région peuvent bénéficier de l'implication d'organismes communautaires pour l'accompagnement et le soutien psychologique à domicile. Il y a un manque d'effectifs médicaux pour assurer les suivis en soins palliatifs à l'extérieur du centre hospitalier, s'ajoute à cela l'absence de mécanisme de liaison avec le médecin traitant. En conséquence, la personne est référée à l'urgence lors des situations d'inconfort, ce qui a un impact direct sur la durée moyenne de séjour.

Le Centre hospitalier Laurentien est le seul des cinq centres hospitaliers à avoir une infirmière clinicienne spécialisée en soins palliatifs. Les autres centres hospitaliers ont dédié une infirmière plus spécifiquement à cette clientèle. Cette infirmière apporte un soutien important dans la continuité des services.

Les intervenants remarquent une certaine augmentation de la volonté de mourir à domicile, mais l'intensité de soins demandés aux aidants naturels pour supporter la personne malade fait échec à ce désir. Il existe une iniquité dans les services offerts d'une région à l'autre. Il y a un système de garde 24 heures/7 jours semaine en soins infirmiers dans tous les CLSC. La garde médicale est, quant à elle, inégale d'un CLSC à l'autre et parfois inexistante. Les mécanismes de suivi de deuil dans les établissements sont informels.

Un projet de maison de soins palliatifs a été présenté par un organisme communautaire en mai 2001 dans la région de Saint-Jérôme. Un autre projet de développement de maison de soins palliatifs rattaché à un centre d'hébergement de soins de longue durée a été déposé à la Régie régionale en janvier 2002.

Différentes stratégies ont été mises en place pour pallier aux problèmes d'accessibilité aux narcotiques. Deux CLSC ont des trousses d'urgence entreposées au CHSLD de sa région. Des liens avec certaines pharmacies communautaires ont été mis en place pour une disponibilité minimale de narcotiques. La pharmacie de certains centres hospitaliers peut dépanner le médecin de garde en cas d'urgence.

Les intervenants du réseau se disent épuisés et insistent sur le fait que des ressources doivent être ajoutées en soins palliatifs.

***Forces de la région***

- ✓ Les médecins et le personnel soignant impliqués ont un souci et un intérêt marqué pour le bien-être des personnes. Plusieurs initiatives sont faites au sein des établissements pour améliorer la qualité du suivi des personnes en soins palliatifs.
- ✓ Des activités de formation continue en soins palliatifs sont offertes au niveau régional sous forme de souper-conférence pour les médecins. Des activités ponctuelles de formation médicale continue sont aussi offertes par l'équipe médicale en place.
- ✓ Un projet a été mis sur pied pour maximiser l'expertise clinique d'infirmières ressources en soins palliatifs pour l'ensemble des CLSC de la région. Ce comité régional d'infirmières de CLSC a aussi pour mission d'harmoniser les outils de soins et favoriser le contact interétablissements.
- ✓ Certains établissements offrent de la formation continue pour le personnel de soutien (auxiliaires familiales, bénévoles).
- ✓ La région bénéficie de quelques organismes bénévoles bien structurés.
- ✓ Le CHSLD Drapeau-Deschambault, du bassin sud de la région, démontre un intérêt à développer des services d'hébergement en soins palliatifs.

***Faiblesses de la région***

- ✓ Il y a un manque d'effectifs médicaux pour assurer les suivis en soins palliatifs au niveau des cabinets privés.
- ✓ La région fait face à des problématiques importantes pour assurer la garde médicale.
- ✓ Il y a des iniquités dans le suivi médical à domicile. Certains médecins sélectionnent les personnes qu'ils acceptent de suivre en soins palliatifs car il est impossible de répondre à la demande.
- ✓ La durée moyenne de séjour est en lien direct avec la capacité de prise en charge médicale hors centre hospitalier.
- ✓ Il y a une méconnaissance des services disponibles en CLSC.
- ✓ Les CLSC n'ont pas d'équipe interdisciplinaire formelle en soins palliatifs.
- ✓ On fait face à des difficultés d'accès aux narcotiques lorsque le besoin est immédiat.

### *Que dit l'Association québécoise de soins palliatifs sur la région des Laurentides*[90]

Dans le cadre de ses travaux, l'Association québécoise de soins palliatifs a effectué une tournée régionale afin de recueillir l'opinion des intervenantes et des intervenants impliqués du Québec. Voici la liste des forces et des faiblesses qui furent mentionnées lors de leur visite dans la région des Laurentides.

***Forces de la région***

- ✓ Liens hôpital-CLSC.
- ✓ Collaboration hôpital-CHSLD.
- ✓ Certains médecins vont à domicile.
- ✓ Organismes communautaires : concertation, interdisciplinarité, éducation populaire.
- ✓ Fort désir d'humanisation des soins, demeurer centré sur la personne malade.
- ✓ Conscience des responsabilités individuelles et collectives.
- ✓ Services aux endeuillés.
- ✓ Existence d'unités de soins palliatifs structurées et d'équipes multidisciplinaires.
- ✓ Les soins palliatifs font partie du plan de la Régie régionale mais ont été mis de côté, faute de ressources.

***Faiblesses de la région***

- ✓ Inégalité et difficulté dans l'accessibilité aux soins palliatifs.
- ✓ Manque de ressources humaines, matérielles et financières.
- ✓ Manque de clarté au niveau de la définition des soins palliatifs.
- ✓ Manque de support à la famille et aux intervenants.
- ✓ Échange d'information et concertation au niveau régional déficient.
- ✓ Manque de formation à tous les niveaux (établissements, organismes communautaires, population).
- ✓ Condition de travail déficiente.
- ✓ Mauvaise organisation des soins à domicile.
- ✓ Les bénévoles sont très sollicités, en conséquence leur mandat s'élargit.
- ✓ Pas de politique de gestion des médicaments.
- ✓ Plusieurs médecins ne savent pas contrôler la douleur et les symptômes.
- ✓ Manque d'accompagnement au niveau spirituel à domicile.
- ✓ Population pauvre.
- ✓ Manque de moyen en CLSC.
- ✓ Manque de support aux intervenants.
- ✓ Médicaments et équipements pas disponibles gratuitement pour tout le monde en besoin.
- ✓ Mauvais financement des organismes communautaires.
- ✓ Services répit, gardiennage, dépannage 7 jours sur 7, 24 heures sur 24 déficients.
- ✓ Manque de médecin, donc peu de médecins vont à domicile ou sont impliqués en soins palliatifs.

[90] ASSOCIATION QUÉBÉCOISE DE SOINS PALLIATIFS, *Le citoyen : une personne du début...à la fin de sa vie, Profil régional 15 Laurentides*, Rapport Lambert, Lecomte sur l'État de situation des soins palliatifs au Québec , 2000.

## La création du Comité de lutte contre le cancer des Laurentides (CLCL) : hiver 2003

Moins d'un an après le dépôt de l'État de situation pour la région des Laurentides, soit en janvier 2003, le Comité de lutte contre le cancer des Laurentides communément appelé CLCL fut constitué. Tel que recommandé par le Programme québécois de lutte contre le cancer (PQLC) son mandat est le suivant :

- avoir un rôle consultatif auprès de la présidente-directrice générale et du conseil d'administration de l'Agence;
- proposer à l'agence un plan d'action de lutte contre le cancer dans les Laurentides à partir des orientations du programme québécois et des spécificités de la région ;
- fournir un éclairage sur les aspects cliniques et organisationnels dans la définition et la mise en place du programme;
- conseiller l'Agence dans le suivi du programme;
- offrir à l'Agence des avis d'expertise en oncologie sur diverses matières jugées pertinentes, que ce soit à la demande de l'Agence ou de sa propre initiative;
- proposer des mécanismes permettant d'assurer la coordination des services existants et de combler les lacunes;
- proposer des modalités pour une utilisation concertée des ressources du milieu, des ressources bénévoles et communautaires;
- recommander des moyens de diffusion du plan d'action de lutte contre le cancer dans les Laurentides auprès de la population de la région;
- proposer des mesures de résultats.

La nomination des membres du CLCL est faite par la présidente-directrice générale de l'Agence suite à un appel de candidatures auprès des établissements des Laurentides concernés par la lutte contre le cancer. Chaque membre est nommé pour une période de deux ans. La composition 2003-2005 du CLCL est la suivante :

**Mme Diane Angers**
Hôtel-Dieu de Saint-Jérôme

**M. Serge Aubertin, M. Serge**
Citoyen, Proche d'une personne atteinte de cancer

**Dr Claude De Bellefeuille**
Hôtel-Dieu de Saint-Jérôme

**Mme Marie-Claude Gadbois**
CLSC Arthur-Buies

**M. Stéphane Gagnon**
Établissement de Santé d'Argenteuil

**Mme Ginette Lanctôt**
Personne atteinte de cancer impliquée à SERCAN

**Mme Francine Laperrière**
CH–CLSC-CHSLD des Sommets

**Mmes Nicole Laverdière et Francine Jolicoeur**
Pallia-Vie

**Dr Bernard Lespérance** ou **Dr Germain Trempe**
Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal / Centre hospitalier Saint-Eustache / CH et CR Antoine-Labelle

**Mme Sylvie Martel**
CLSC-CHSLD Thérèse-de-Blainville

**Mme Marie Patenaude**
Hôtel-Dieu de Saint-Jérôme

**Mme Céline Piché** *Intérim Dre Mylène Drouin (congé de maternité)*
Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux des Laurentides, Direction de santé publique, de la planification et de l'évaluation

**Mme Paule Racine**
Société canadienne du cancer

**Mmes France Ratelle et Odile Deshaies**
CH et CR Antoine-Labelle

**Dre Johanne Richard**
Centre Hospitalier Saint-Eustache

**Mme Isabelle Trépanier**
*Responsable du Programme québécois de lutte contre le cancer*, Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux des Laurentides, Direction régionale des affaires médicales et hospitalières

**Mme Manon Trépanier**
CLSC Arthur-Buies

## La création de l'Équipe régionale d'intervention auprès de la population (ÉRIP) : à consolider

Le PQLC recommandait également la mise sur pied d'une Équipe régionale d'intervention auprès de la population dont le mandat consisterait à :

- instaurer, coordonner et suivre les activités de prévention et de dépistage systématique selon le Plan d'action de lutte contre le cancer dan les Laurentides;
- intégrer et maintenir les activités en rapport avec les préoccupations de la population au sein du réseau régional de lutte contre le cancer;
- diffuser l'information pertinente auprès de la population et des intervenants;
- offrir une expertise pour des consultations en matière d'intervention auprès de la population;
- offrir une expertise en matière de surveillance et de suivi et une disponibilité de cette expertise pour les travaux de planification, d'implantation et de suivi du Plan d'action de lutte contre le cancer dans les Laurentides.

Cette équipe sera pour les Laurentides un acteur primordial dans le processus dynamique d'amélioration de la qualité des activités et des services du réseau de lutte contre le cancer. Les membres de l'équipe contribueront à l'interprétation des données et à l'intégration des nouvelles connaissances.

Tel que proposé par le PQLC la composition de l'ÉRIP serait la suivante :

- Les intervenants provenant des établissements, de l'Agence, des organismes communautaires et de diverses disciplines : sciences de la santé, santé publique, sciences sociales, épidémiologie.

L'ampleur de l'équipe variera en fonction de la taille et de la densité de la population de la région concernée. L'Agence envisage la création de l'ÉRIP avant la fin de l'année financière 2004-2005.

## Questionnaire sur l'organisation du travail en oncologie dans les établissements : printemps 2003

Suite au dépôt de l'état de situation de la lutte contre le cancer dans la région des Laurentides à l'hiver 2002, la Direction régionale des affaires médicales et hospitalières en collaboration avec un comité de travail du Comité de lutte contre le cancer des Laurentides, a élaboré, au printemps 2003, un *Questionnaire sur l'organisation de travail en oncologie* (vous trouverez à l'annexe I A un exemplaire de ce questionnaire). L'objectif de cette consultation était d'aller plus loin que l'état de situation et de recueillir des renseignements quant à l'accessibilité à une consultation avec un spécialiste, la présence d'équipe interdisciplinaire ou multidisciplinaire[91] en oncologie, la présence d'un intervenant pivot[92], les partenariats intra et interétablissements (CH-OSBL[93]-CLSC-CHSLD), l'offre de soutien psychosocial dès l'annonce du diagnostic, l'implication des proches, la transmission de l'information aux médecins de famille et les soins et services en phase palliative. Ce questionnaire a été distribué à l'été 2003 à tous les centres hospitaliers, CLSC et CHSLD de la région. Le taux de réponse fut excellent avec 85 % de taux de réponse. Nous vous présentons par type d'établissement la compilation des résultats obtenus.

### *Les CLSC*

- Seul 1 CLSC, Jean-Olivier-Chénier, possède une équipe multidisciplinaire en oncologie.
- Tous les CLSC ont une équipe de maintien à domicile composée pour la majorité des intervenants suivants :

  - infirmière;
  - omnipraticien;
  - travailleur social;
  - nutritionniste;
  - ergothérapeuthe;
  - physiothérapeute;
  - inhalothérapeute;
  - auxiliaire familiale;
  - chef de programme.

---

91 Afin d'éviter toute confusion quant à la signification des termes chez les répondants du questionnaire, nous avions défini l'interdisciplinarité et la multidisciplinarité de la manière suivante. L'**interdisciplinarité** est un véritable travail d'équipe effectué en étroite collaboration ou chacun des membres a un rôle dans le continuum des soins, et ce, sans duplication avec les autres intervenants de l'équipe. Les membres de l'équipe parviennent à une vue d'ensemble leur permettant de planifier, de déterminer les priorités et de décider en commun des objectifs et des interventions. Chacun prépare son plan d'intervention mais on s'entend en équipe pour une action concertée et coordonnée. Dans une équipe interdisciplinaire, le porte-parole pourrait être l'intervenant pivot. La **multidisciplinarité** reflète le fait que chaque professionnel accomplit sa tâche de manière indépendante. Chaque personne représente sa propre discipline, fait ses propres évaluations, fixe ses propres objectifs, rédige ses rapports, implante sa programmation et assure le suivi. Dans une rencontre multidisciplinaire, chaque professionnel transmet l'information propre à sa discipline.

92 Pour les fins du questionnaire, l'intervenant pivot était défini comme une personne qui agit à titre de ressource facilement accessible pour la personne atteinte de cancer et ses proches, et ce, dès l'annonce du diagnostic. Ce type d'intervenant offre soutien et information, de plus il assure la continuité et la coordination des soins.

93 Organisme sans but lucratif.

- Plus de la moitié des CLSC nous ont indiqué que ces intervenants possèdent une expertise ciblée pour intervenir en oncologie ou en soins palliatifs.
- Les rencontres de cette équipe ont généralement lieu à toutes les semaines et visent la révision des cas litigieux ou la réorganisation du travail. Seul 1 CLSC révise tous les cas. L'équipe intervient à diverses phases du continuum cancer, le plus souvent lorsque les traitements de chimiothérapie débutent.
- Tous les CLSC des Laurentides sont impliqués dans les cas de cancer.
- Les services offerts par les CLSC sont variés :

    - services médicaux;
    - soins infirmiers;
    - répit/gardiennage;
    - soins d'hygiène;
    - préparation des repas;
    - ménage/lessive;
    - approvisionnement;
    - documentation;
    - prêt d'équipement;
    - traitement à domicile.

- Le nombre moyen de jours afin d'obtenir les principaux services est :

    - 2 jours et moins pour les soins infirmiers;
    - 3 jours et plus pour les services à domicile;
    - 4 jours et plus pour les soins médicaux;
    - 5 jours et plus pour les services psychosociaux;
    - 6 jours et plus pour les soins de réadaptation.

- Seulement 2 CLSC (Hautes-Laurentides et Trois-Vallées) ont une trousse d'urgence pour le soulagement de la douleur.
- Tous les territoires de CLSC impliquent les OSBL de leur secteur davantage pour la période palliative et pour le suivi, que lors des traitements. Pourtant, selon les CLSC, les services offerts par les OSBL sont fort diversifiés et pourraient donc être offerts dès l'annonce du diagnostic aux personnes atteintes de cancer.
- Les références aux OSBL s'effectuent principalement par téléphone.
- D'après les CLSC, les médecins de famille reçoivent l'information pertinente lors des traitements ou après l'arrêt de ceux-ci.
- En cas de complication, les personnes peuvent communiquer avec l'infirmière d'Info-Santé dans la plupart des CLSC.
- Seul 1 CLSC (Arthur-Buies) n'a pas les services d'une intervenante pivot, mandat généralement rempli par une infirmière ou par un travailleur social.
- Tous les CLSC procèdent à une évaluation de la personne atteinte par l'entremise de la grille multiclientèle.
- Les CLSC remettent souvent de l'information écrite à la personne atteinte de cancer. Toutefois, le soutien n'est pas systématiquement offert par une infirmière, un médecin ou un travailleur social à la personne lors de l'annonce de son diagnostic.
- Les proches sont d'emblée impliqués dans le soutien.

- On remet aux personnes atteintes de cancer de l'information qui provient de divers organismes. On réfère aussi, dans presque tous les cas, les personnes à des ressources de leur communauté.
- Plusieurs types de professionnels sont disponibles dans les CLSC :

    - travailleur social;
    - physiothérapeute;
    - nutritionniste;
    - inhalothérapeute;
    - ergothérapeute.

- C'est une minorité de CLSC qui offre un soutien spirituel ou religieux.
- Pour l'aide au transport on fait appel aux OSBL sans entente formelle.
- Tous les CLSC offrent du soutien en phase palliative et ont tous, à l'exception du CLSC Hautes-Laurentides, une équipe interdisciplinaire en phase palliative composée des intervenants suivants :

*régulier*

- infirmière;
- intervenant pivot;
- travailleur social;
- ergothérapeute;
- physiothérapeute;
- bénévole.

*ponctuel*

- omnipraticien;
- pharmacien;
- inhalothérapeute;
- agent de pastorale;
- nutritionniste;
- agent de liaison;
- intervenant CLSC;
- intervenant CHSLD;
- intervenant OSBL.

- Uniquement les équipes de soins palliatifs des CLSC Arthur-Buies et Thérèse-de-Blainville sont consultées pour le soulagement de la douleur.
- Autre que le centre hospitalier, les résidences privées, les CHSLD et les ressources intermédiaires offrent de l'hébergement temporaire ou de soins palliatifs.
- Presque tous les CLSC offrent du soutien en période de deuil, sauf le CLSC Jean-Olivier-Chénier.
- Tous ont une garde clinique 24/7 effectuée par une infirmière (tous) ou un médecin (dans la moitié des cas).
- Les CLSC Argenteuil, Hautes-Laurentides et Thérèse-de-Blainville ne proposent pas d'activités de formation à leurs intervenants, mais souhaitent cependant en développer.
- Les CLSC utilisent des guides de pratique sur le soulagement de la douleur (tous), la gestion des symptômes (4) et les protocoles de chimiothérapie (3).

## *Les CHSLD*

- Seul 1 CHSLD (Thérèse-de-Blainville) a une équipe interdisciplinaire en oncologie. Cette équipe possède une expertise en oncologie ou en soins palliatifs, se réunit mensuellement et intervient dès le début des traitements de chimiothérapie.
- La majorité des CHSLD implique les OSBL de leur territoire lors des phases de soins palliatifs et de suivi de deuil. Les références à ces organismes se font généralement par téléphone.
- D'après les répondants, les médecins de famille reçoivent l'information sur leurs patients au moment des traitements ou après l'arrêt de ceux-ci.
- Les CHSLD hébergent souvent des personnes en fin de vie, donc s'il y a des complications, elles sont traitées sur place.
- Les CHSLD Trois-Vallées et Thérèse-de-Blainville ont les services d'une intervenante pivot assumés par une infirmière ou un travailleur social.
- La plupart des infirmières ou des médecins des CHSLD évaluent chaque personne quant à ses besoins et effectuent les liens nécessaires avec les autres intervenants de l'établissement.
- Très peu de CHSLD fournissent de l'information à toutes les personnes atteintes de cancer.
- Selon les CHSLD, le soutien est offert dès l'annonce du diagnostic, soit par les infirmières, les médecins, les psychologues, les agents de pastorale ou les travailleurs sociaux.
- Les proches sont généralement inclus dans le soutien.
- Étant donné qu'elles sont hébergées, les personnes ne sont référées que parfois aux groupes communautaires de leur territoire.
- Divers types d'intervenants sont disponibles pour une consultation :

    - psychologue;
    - pharmacien;
    - travailleur social;
    - physiothérapeute;
    - nutritionniste;
    - ergothérapeute.

- Tous les CHSLD offrent aux personnes un soutien spirituel ou religieux.
- Seul 1 CHSLD (Thérèse-de-Blainville) dispose de lits de soins palliatifs, un autre établissement a toutefois un projet en cours (Trois-Vallées).
- L'ensemble des CHSLD fournissent un soutien en période palliative et la grande majorité possède une équipe interdisciplinaire en phase palliative. Celle-ci est composée des membres suivants :

    *Régulier*
    - infirmière;
    - omnipraticien;
    - ergothérapeute;
    - physiothérapeute;
    - int. CHSLD;
    - agent de pastorale;
    - nutritionniste.

*Ponctuel*

- pharmacien;
- psychologue;
- travailleur social;
- bénévole.

- Autre que le centre hospitalier, les services d'hébergement temporaire ou de soins palliatifs sont assurés par les CHSLD ou les ressources intermédiaires.
- Généralement, un soutien est disponible en période de deuil.
- Une garde clinique est accessible 24/7 par l'entremise d'infirmière ou de médecin, à l'exception un oncologue, un pharmacien ou un inhalothérapeute est disponible.
- Plus de la moitié des CHSLD organisent des activités de formation à leurs intervenants, le plus souvent annuellement. Presque tous aimeraient cependant en développer davantage.
- Aucun intervenant ne participe à des activités de recherche clinique.
- Presque tous les intervenants utilisent des guides de pratique, principalement pour le soulagement de la douleur et la gestion des symptômes.

## *Les centres hospitaliers*

- En majorité, l'accès à un spécialiste se fait dans les 2 semaines.
- Seul l'Établissement de santé Argenteuil n'a pas de clinique externe d'hémato-oncologie.
- Leur disponibilité est variable allant de 5 jours pour l'HDSJ[94] à 1 jour pour le CHSE.
- Uniquement l'HDSJ possède une unité d'hémato-oncologie disponible 7 jours semaine.
- À l'exception du Chet CR Antoine-Labelle[95] Centre Annonciation, il y a partout des chirurgiens opérant des cas de cancer. Leur nombre varie de 3 à 5 et plus.
- Il n'y a que 2 centres hospitaliers, Ch et CR Antoine-Labelle Centre Annonciation et HDSJ, qui comptent sur les services d'une équipe interdisciplinaire en oncologie établie depuis plus de 5 ans. Cependant seul l'HDSJ a les services d'une infirmière pivot.
- La composition des équipes interdisciplinaires se répartit de la manière suivante :

*régulier*

- infirmière;
- oncologue;
- pharmacien;
- psychologue – travailleur social;
- agent de pastorale;
- nutritionniste.

[94] Hôtel-Dieu de Saint-Jérôme.
[95] Centre hospitalier et centre de réadaptation.

*ponctuel*

- agent de liaison;
- travailleur social;
- ergothérapeute;
- physiothérapeute;
- OSBL;
- agent de pastorale;
- nutritionniste;
- inhalothérapeute;
- CLSC.

❖ Tous les territoires des centres hospitaliers ont une équipe de soins à domicile en CLSC composée comme suit :

- infirmière;
- omnipraticien;
- travailleur social;
- ergothérapeute;
- physiothérapeute;
- inhalothérapeute;
- chef de programme.

❖ Ces intervenants possèdent, pour la majorité des CLSC, une expertise en oncologie ou en soins palliatifs.
❖ Généralement, ces équipes se rencontrent toutes les semaines afin de réviser tous les cas ou encore les cas litigieux.
❖ Lors de l'annonce du diagnostic, un proche accompagne généralement la personne dans le cabinet du médecin.
❖ Les CLSC sont impliqués dans les cas de cancer aux étapes suivantes :

- traitement;
- suivi;
- soins palliatifs;
- suivi de deuil.

❖ Selon le niveau de connaissance des centres hospitaliers, les CLSC offrent les services suivants :

- services médicaux 24/7;
- soins infirmiers 24/7;
- répit/gardiennage;
- soins d'hygiène ;
- préparation des repas ;
- soutien individuel ;
- documentation/information;
- prêt d'équipement;
- traitement à domicile ;

- Les soins infirmiers sont disponibles rapidement soit en dedans de 2 jours alors que les services médicaux, psychosociaux, de réadaptation et de soutien à domicile le sont dans la même semaine.
- Malheureusement, une minorité de CLSC possède une trousse d'urgence pour le soulagement de la douleur.
- Règle générale, les groupes communautaires du territoire sont impliqués dans les phases de traitement, de suivi et de soins palliatifs. Cependant, leurs services ne sont pas connus en détail de la part des intervenants des centres hospitaliers.
- Les modes de référence pour les OSBL sont variés, télécopieur, téléphone ou présence de l'organisme dans l'établissement.
- Étonnamment, tous les centres hospitaliers ont répondu que les médecins de famille recevaient de l'information sur leurs patients en cours de traitement et à la fin de ceux-ci.
- En cas de complication, les personnes atteintes de cancer peuvent accéder à divers services autre que via l'urgence.
- Dans l'ensemble, on procède à une évaluation de la personne lors de son admission.
- Fait surprenant, seuls 2 établissements remettent de l'information à la personne atteinte de cancer.
- Un soutien systématique est offert dans 3 centres hospitaliers et parfois dans 2. Plusieurs types d'intervenants participent à l'offre de soutien.
- Les proches sont également inclus dans le soutien et de l'information est remise dont la provenance est variée (info maison, Société canadienne du cancer, Fondation québécoise du cancer).
- Les intervenants n'hésitent pas à référer les personnes aux groupes communautaires.
- À l'exception du CH et CR Antoine-Labelle Centre Mont-Laurier où seul le travailleur social est accessible pour une consultation, les autres centres hospitaliers mettent à la disposition des personnes une variété de spécialistes :

    - psychologue;
    - pharmacien;
    - travailleur social;
    - physiothérapeute;
    - nutritionniste;
    - inhalothérapeute;
    - ergothérapeute.

- Plus que la majorité des établissements offrent un soutien spirituel ou religieux à la personne atteinte ou à ses proches.
- À l'exception du CH et CR Antoine-Labelle Centre Annonciation qui fonctionne par corridors formels pour obtenir des traitements spécialisés, les autres établissements le font par l'entremise de corridors de service informels.
- Trois établissements offrent le 1er traitement de chimiothérapie dans les 5 jours suivants l'annonce du diagnostic, soit le CHL[96], l'HDSJ et le CH et CR Antoine-Labelle Centre Annonciation, ou dans les 10 jours ou plus soit au CHSE[97] et au CH et CR Antoine-Labelle Centre Mont-Laurier.
- L'aide au transport s'organise généralement avec les OSBL du territoire.

[96] Centre hospitalier Laurentien.
[97] Centre hospitalier Saint-Eustache.

- Le suivi post-traitement s'effectue pour les centres hospitaliers de deux manières soit par l'oncologue pour une durée limitée ou par l'oncologue pour une durée limitée avec transfert par la suite au médecin de famille.
- Sauf au CHSE, tous les autres établissements possèdent des lits dédiés aux soins palliatifs, offrent le soutien approprié lors de cette période et fonctionnent par l'entremise d'une équipe interdisciplinaire en soins palliatifs.
- À part l'HDSJ et le CHL qui le font quelques fois, aucune autre équipe en oncologie ne consulte l'équipe de soins palliatifs pour des questions liées au soulagement de la douleur.
- Les centres hospitaliers ont identifié en majorité les CHSLD comme autre ressource pouvant offrir des services d'hébergement en phase palliative.
- Malheureusement, un soutien en période de deuil n'est offert que par 2 centres hospitaliers.
- Règle générale, une garde clinique 24\7 (médecin ou infirmière) est disponible en phase thérapeutique ou palliative.
- Étonnamment, la très grande majorité des centres hospitaliers n'offre pas de formation en oncologie à ses intervenants. Cependant, ils souhaitent tous en développer ou en avoir à leur disposition.
- Aucun intervenant des hôpitaux ne participe à de la recherche clinique.
- La grande majorité des centres hospitaliers utilise des guides de pratique, soit pour les protocoles de chimiothérapie (4), le soulagement de la douleur (4), la gestion des symptômes (3) et les procédures chirurgicales (1).

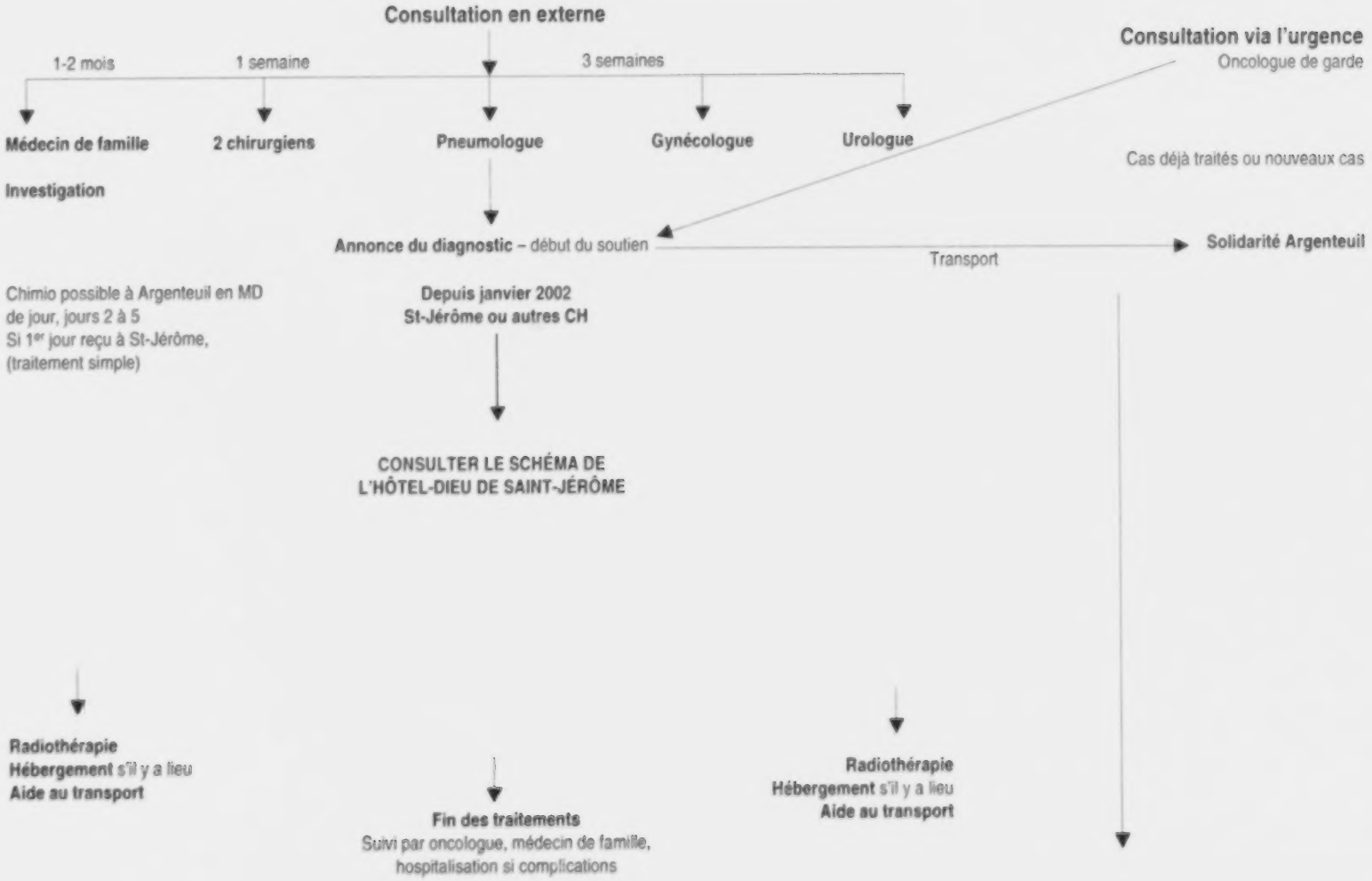
**La présence d'équipes interdisciplinaires dans les Laurentides**

Comme on peut le constater, parmi les répondants au questionnaire, c'est la minorité des établissements de la région, soit 2 sur 5 pour les centres hospitaliers, 1 sur 4 pour les CHSLD et 0 sur 7 pour les CLSC, qui fonctionnent par l'entremise d'une équipe interdisciplinaire en oncologie. Uniquement un centre hospitalier compte sur les services d'une infirmière pivot en oncologie, et ce, depuis environ 2 ans. Par contre, la présence d'un intervenant pivot (6 CLSC sur 7, 2 CHSLD sur 4, 1 CH sur 5) et d'une équipe interdisciplinaire en soins palliatifs (6 CLSC sur 7, 3 CHSLD sur 4 et 3 CH sur 5) est beaucoup plus répandue.

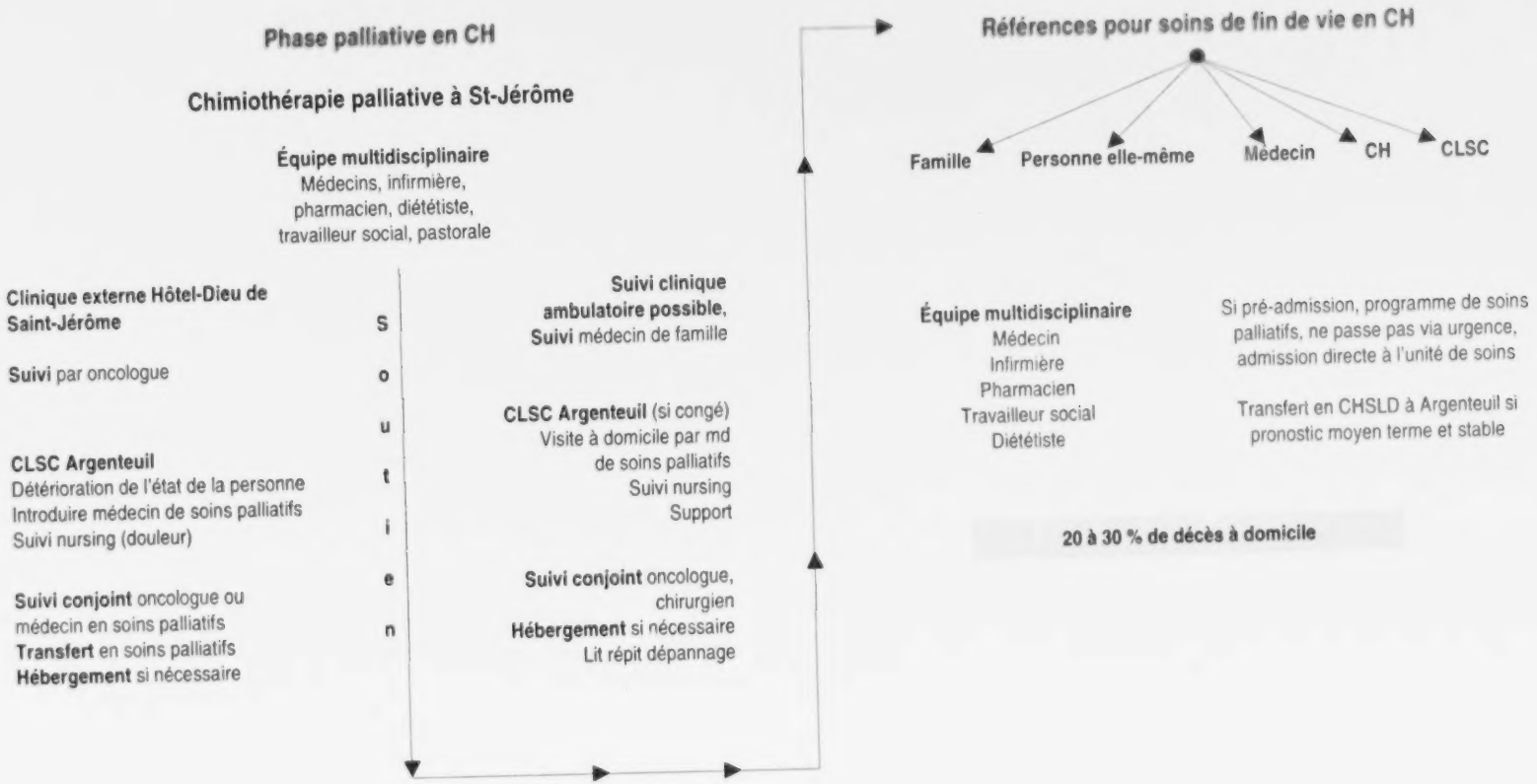
## La trajectoire des personnes atteintes de cancer dans les Laurentides : automne 2003

L'analyse des questionnaires a été complétée par la schématisation de la trajectoire des personnes atteintes de cancer dans les Laurentides, et ce, de la consultation auprès d'un spécialiste aux soins palliatifs. Nous avons donc demandé à l'automne 2003 aux membres du Comité de lutte contre le cancer des Laurentides représentants les centres hospitaliers de dresser un tableau de la trajectoire des personnes atteintes au sein de leur établissement. Les voici donc par établissement.

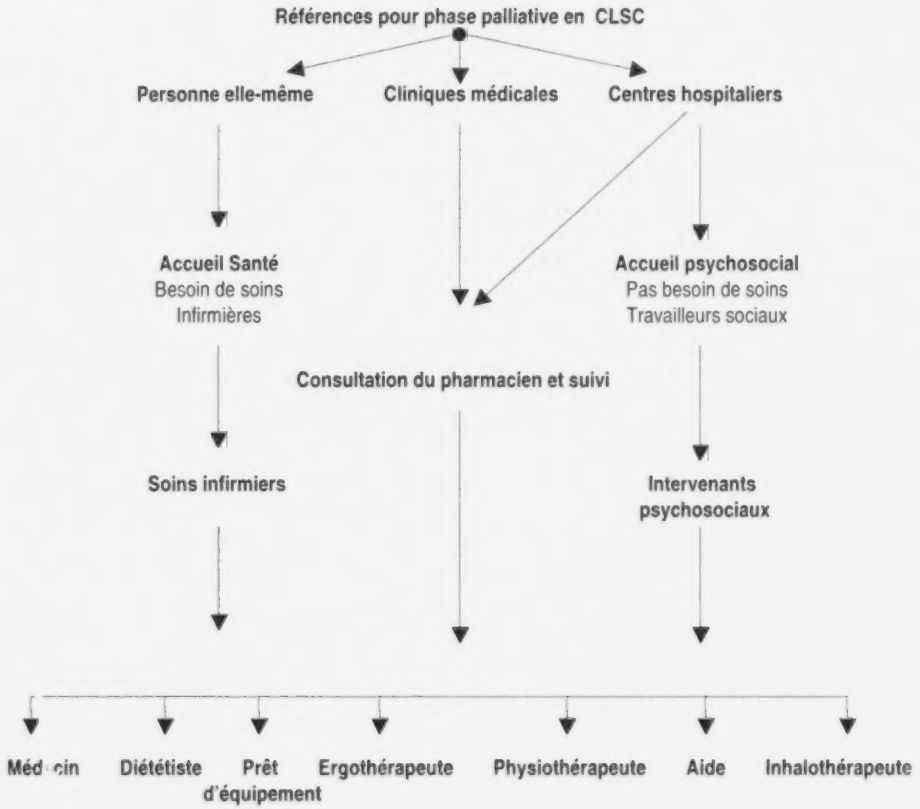
## Établissement de santé d'Argenteuil

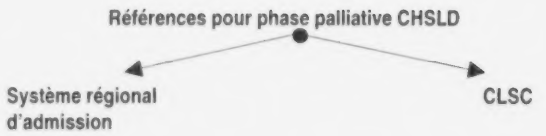


## Établissement de santé d'Argenteuil



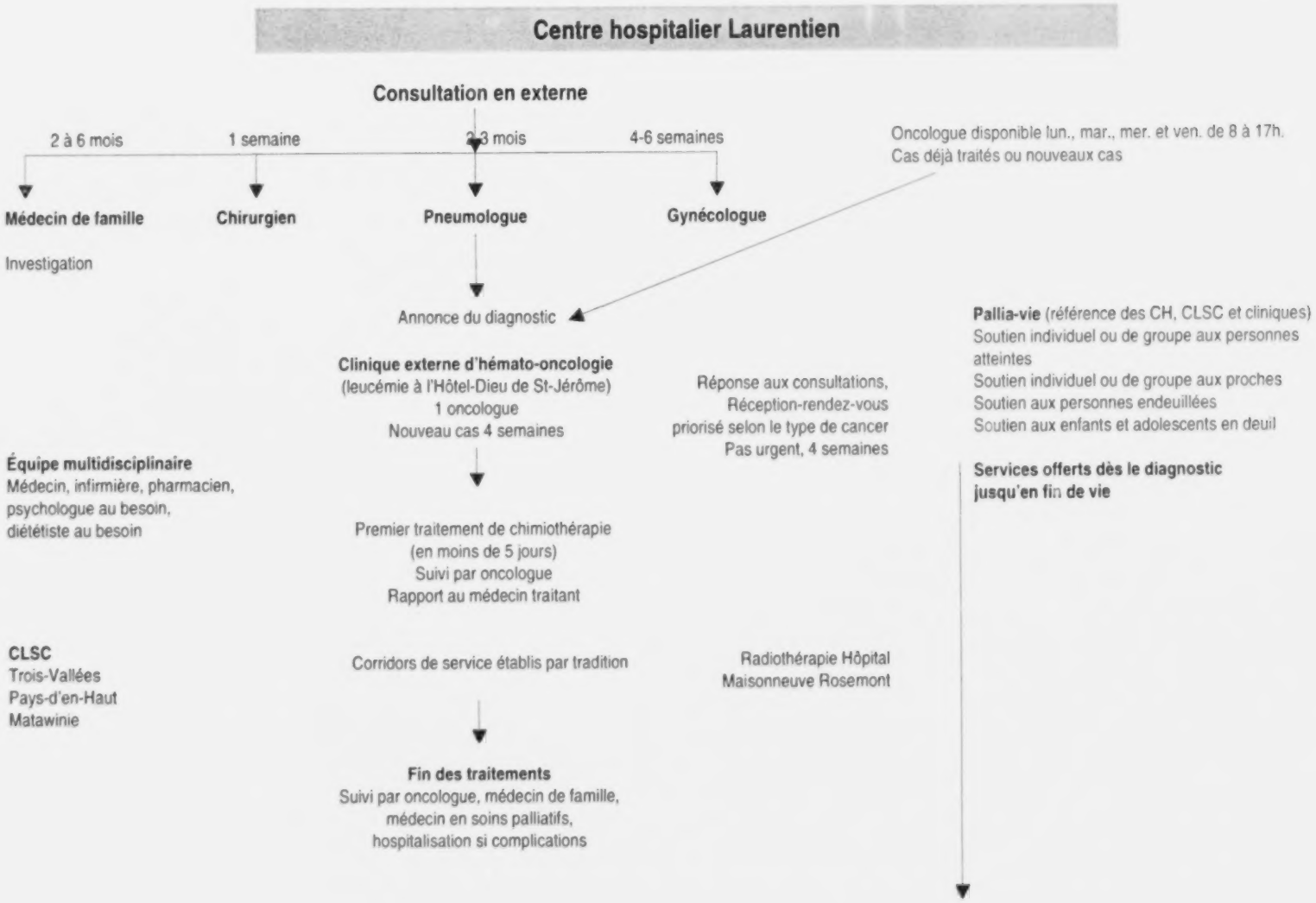
## Établissement de santé d'Argenteuil




**Hébergement : pronostic de < de 3 mois**

**Équipe de soins :**
Médecin
Infirmière
Diététiste
Pharmacien
Technicien en loisirs
Travailleur social


Centre hospitalier Laurentien
Consultation en externe
2 à 6 mois
1 semaine
2-3 mois
4-6 semaines
Oncologue disponible lun., mar., mer. et ven. de 8 à 17h.
Cas déjà traités ou nouveaux cas
Médecin de famille
Chirurgien
Pneumologue
Gynécologue
Investigation
Annonce du diagnostic
Clinique externe d'hémato-oncologie
(leucémie à l'Hôtel-Dieu de St-Jérôme)
1 oncologue
Nouveau cas 4 semaines
Réponse aux consultations,
Réception-rendez-vous
priorisé selon le type de cancer
Pas urgent, 4 semaines
Pallia-vie (référence des CH, CLSC et cliniques)
Soutien individuel ou de groupe aux personnes atteintes
Soutien individuel ou de groupe aux proches
Soutien aux personnes endeuillées
Soutien aux enfants et adolescents en deuil
Équipe multidisciplinaire
Médecin, infirmière, pharmacien,
psychologue au besoin,
diététiste au besoin
Premier traitement de chimiothérapie
(en moins de 5 jours)
Suivi par oncologue
Rapport au médecin traitant
Services offerts dès le diagnostic
jusqu'en fin de vie
CLSC
Trois-Vallées
Pays-d'en-Haut
Matawinie
Corridors de service établis par tradition
Radiothérapie Hôpital
Maisonneuve Rosemont
Fin des traitements
Suivi par oncologue, médecin de famille,
médecin en soins palliatifs,
hospitalisation si complications

## Centre hospitalier Laurentien

### Phase palliative en CH

**Chimiothérapie palliative**
**Équipe multidisciplinaire**
Médecins, infirmière,
pharmacien, psychologue, diététiste

### Référence pour soins de fin de vie en CH

Famille — Personne elle-même — Médecin — CH — CLSC

**Clinique externe**
**Suivi** par oncologue

**CLSC**
Détérioration de l'état de la personne
Introduire médecin de soins palliatifs
Suivi nursing (douleur)
Suivi psychosocial
Gardiennage, diététiste
Ergothérapeute, physiothérapeute
Soins d'hygiène
Lits répit dépannage

**Hébergement** si nécessaire

S o u t i e n

**Hospitalisé**
**Suivi** médecin soins palliatifs
ou médecin généraliste
Consultant : onco., pneumo.,
chirurgien, cardio.

**CLSC si congé**
Suivi nursing
Psychosocial
Gardiennage
Diététiste
Ergothérapeute, physiothérapeute
Soins d'hygiène

**Hébergement** si nécessaire

**Équipe interdisciplinaire**
(suivi de deuil à venir)
Médecin
Infirmière
Pharmacien
Psychologue
Travailleur social
Nutritionniste
Pastorale
Coordonnatrice des bénévoles

## CH et CR Antoine-Labelle (L'Annonciation)

**Médecin de famille ou autres consultants**

↓

**Clinique externe d'hémato-oncologie**
1 hématologue et 1 omnipraticien

↓

**Annonce du diagnostic**
Information sur l'oncologie et travailleur social sur demande

↓

**Traitement de chimiothérapie**
(en moins de 5 jours)

**Équipe interdisciplinaire**
Médecin
Infirmière
Pharmacienne
Technicien en assistance sociale(TAS)
Infirmière en soins palliatif
Nutritionniste (sur appel)
Pastorale (sur appel)
CLSC (sur appel)

**Clinique externe**
Rencontre avec infirmière
en oncologie et pharmacienne

↓

**Référence CLSC**
(Hautes-Laurentides et
Trois Vallées) (via TAS)
Suivi nursing
Psychosocial
Ressources

**Radiothérapie** (2-4 semaines d'attente)
Maisonneuve-Rosemont,
Hôital Notre-Dame du CHUM

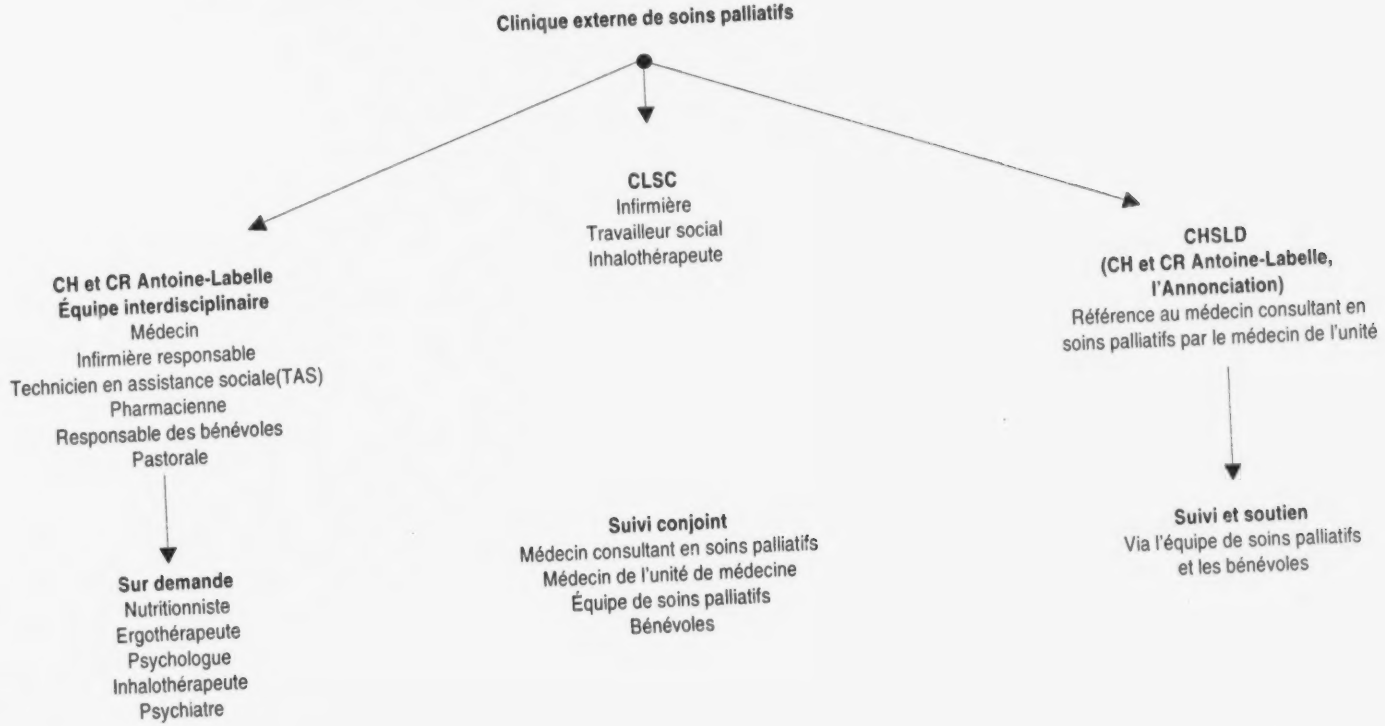
↓

**Hébergement** (s'il y a lieu)
Aide pour le transport
Info. par infirmière en oncologie

**Personnes hospitalisées**
Corridor d'entente avec l'Hôpital Sacré-Cœur
Hébergement et transport assurés

**Fin des traitements**
Référence en soins palliatifs par
l'hémato-oncologue ou le médecin de famille

## CH et CR Antoine-Labelle (L'Annonciation)



## CH et CR Antoine-Labelle (Mont-Laurier)

**Consultation en externe** (oncologie disponible 2 jours/semaine services offerts dès le diagnostic et jusqu'en fin de vie)

**Médecin de famille**

**Trois semaines**

**Chirurgien**

**Annonce du diagnostic**

**Clinique externe d'hémato-oncologie par oncologue**

Réponse aux consultations
Réception – rendez-vous
priorisé selon le type de cancer
(1 à 3 semaines)

**Rencontre avec l'infirmière clinicienne lors du premier traitement de chimiothérapie**
**Rencontre avec le pharmacien**

Cueillette des données, remise pochette d'information, ressources disponibles pour explications symptômes/chimio.

**Premier traitement de chimiothérapie (en moins de 7 jours)**

**Corridor de services avec Sacré-Cœur**

**Hébergement s'il y a lieu**
**Aide au transport**

**Fin des traitements**
**Suivi par oncologue, médecin de famille, infirmière clinicienne**
**Hospitalisation si complications**

## CH et CR Antoine-Labelle (Mont-Laurier)

### Phase palliative en CH

**Chimiothérapie palliative**
**Équipe interdisciplinaire**
Médecins, infirmière, pharmacien, diététiste, travailleuse sociale, pastorale, responsable des bénévoles
**CLSC**

**Clinique externe**
Suivi par oncologue et/ou
Médecin des soins palliatifs

**CLSC**
Suivi en oncologie et si détérioration de l'état de la personne,
introduire médecin des soins palliatifs
Suivi nursing (douleur) et autres professionnels au besoin

**Suivi conjoint** oncologue ou médecin des soins palliatifs
**Transfert** en soins palliatifs
**Hébergement** si nécessaire

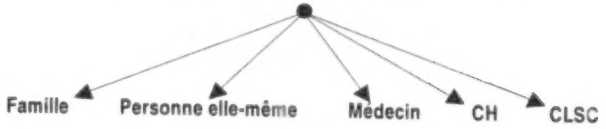
S o u t i e n

**Si hospitalisé en soins palliatifs**
Suivi par médecin des soins palliatifs

**CLSC** (si congé)
Suivi nursing et/ou transfert au médecin,
support psychologique au besoin

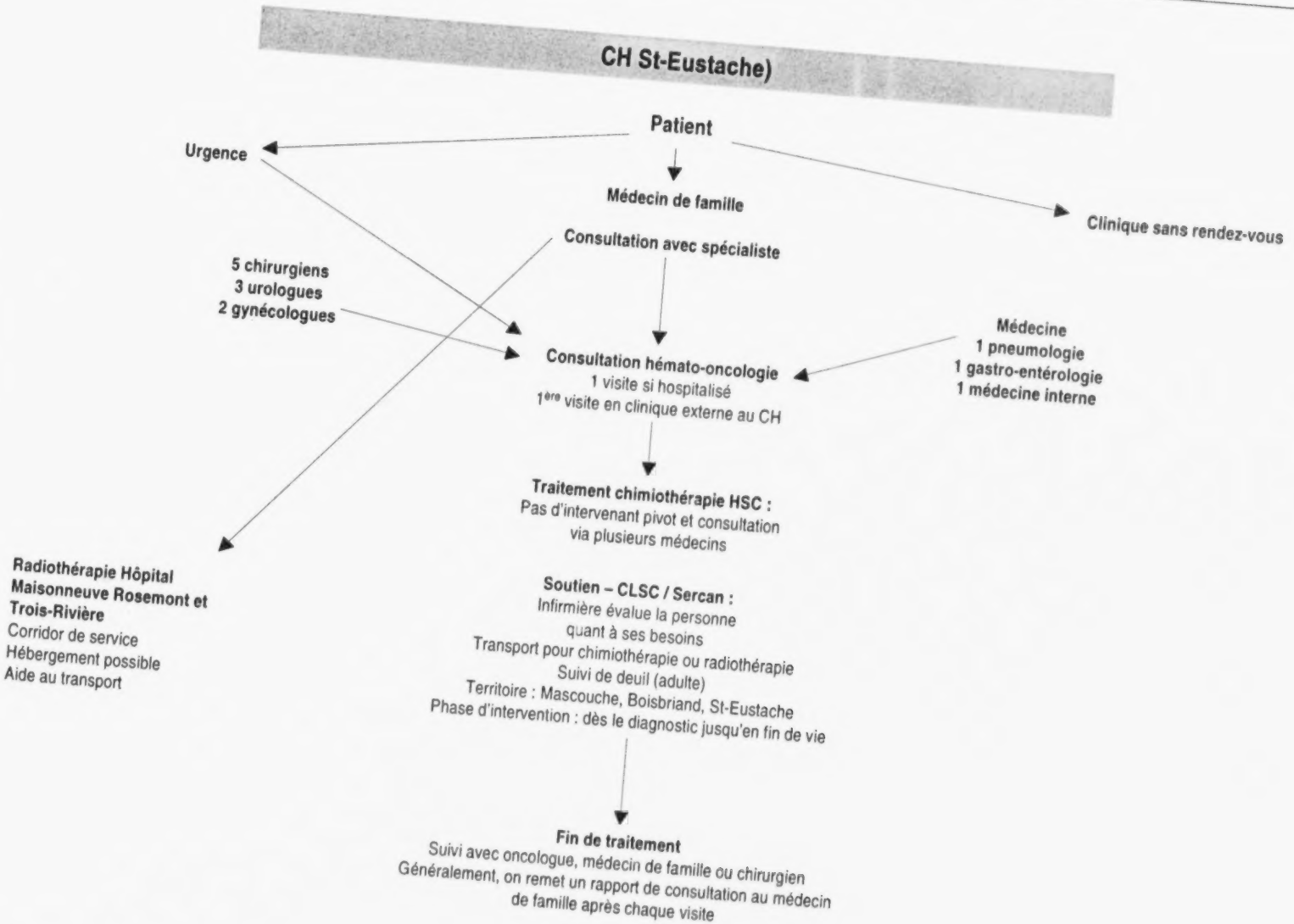
**Suivi** par médecin des soins palliatifs ou médecin du CLSC

### Références pour soins de fin de vie en CH



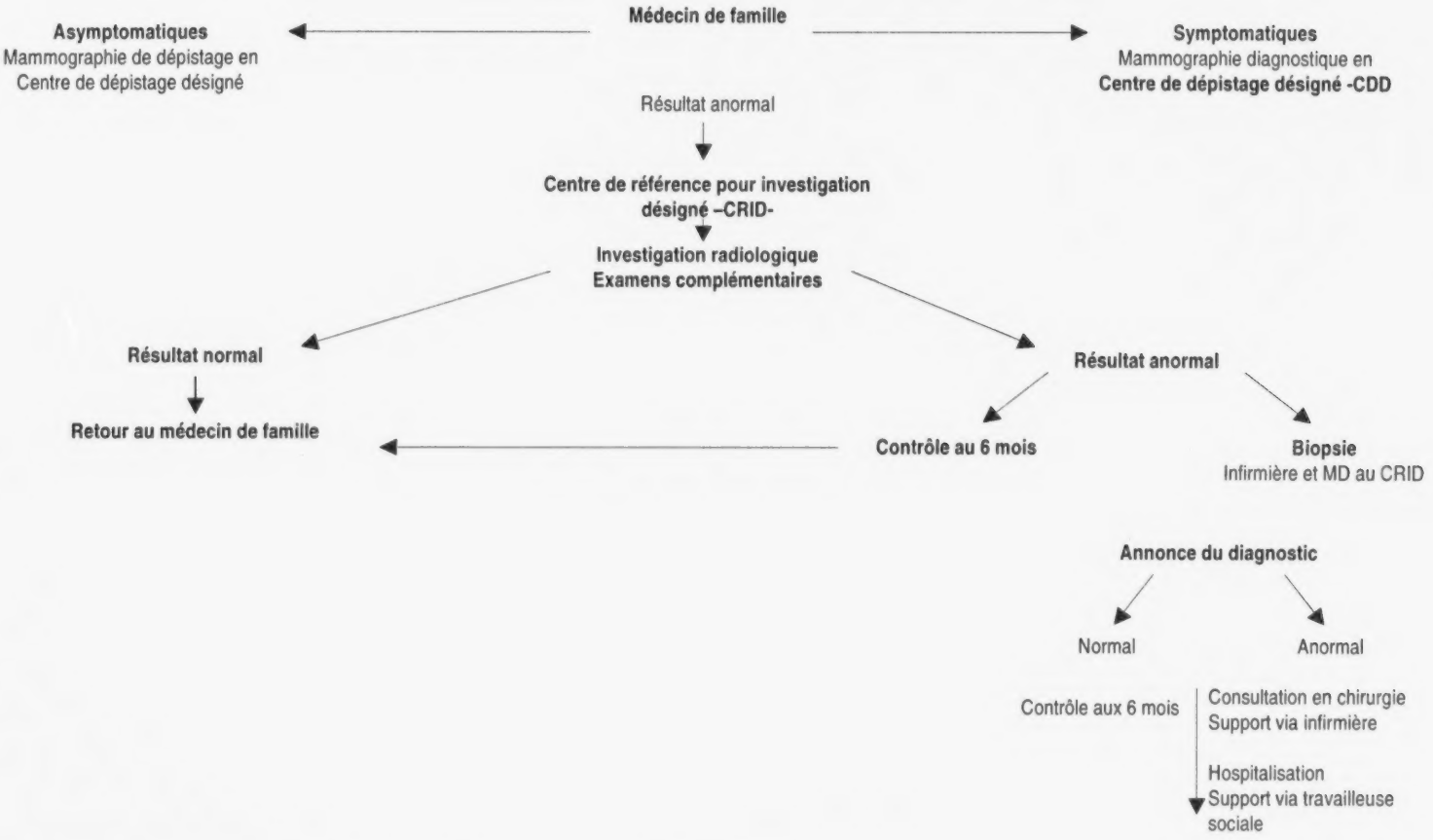

**Équipe interdisciplinaire**
Médecins
Infirmière
Pharmacien
Travailleuse sociale
Diététiste
Pastorale
Responsable des bénévoles
* à l'occasion, psychologue au besoin pour l'équipe.

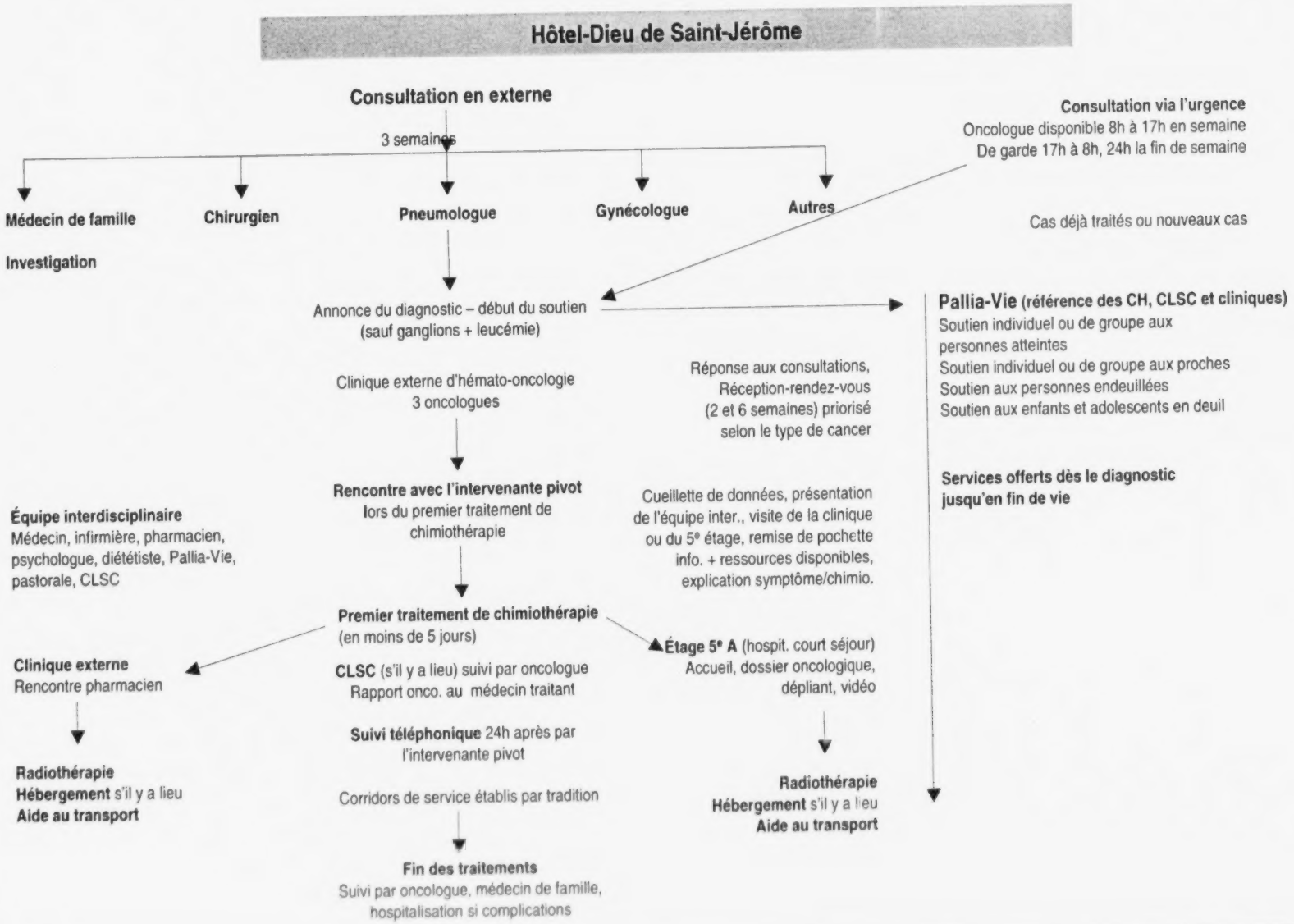
Au besoin :
Travailleuse sociale
Auxiliaires familiales
Bénévoles
Ergothérapeute


CH St-Eustache)
Patient
Urgence
Médecin de famille
Clinique sans rendez-vous
Consultation avec spécialiste
5 chirurgiens
3 urologues
2 gynécologues
Médecine
1 pneumologie
1 gastro-entérologie
1 médecine interne
Consultation hémato-oncologie
1 visite si hospitalisé
1ère visite en clinique externe au CH
Traitement chimiothérapie HSC :
Pas d'intervenant pivot et consultation
via plusieurs médecins
Radiothérapie Hôpital
Maisonneuve Rosemont et
Trois-Rivière
Corridor de service
Hébergement possible
Aide au transport
Soutien – CLSC / Sercan :
Infirmière évalue la personne
quant à ses besoins
Transport pour chimiothérapie ou radiothérapie
Suivi de deuil (adulte)
Territoire : Mascouche, Boisbriand, St-Eustache
Phase d'intervention : dès le diagnostic jusqu'en fin de vie
Fin de traitement
Suivi avec oncologue, médecin de famille ou chirurgien
Généralement, on remet un rapport de consultation au médecin
de famille après chaque visite

## CH St-Eustache)

### Cas de cancer du sein - PQDCS




Hôtel-Dieu de Saint-Jérôme
Consultation en externe
3 semaines
Médecin de famille
Chirurgien
Pneumologue
Gynécologue
Autres
Investigation
Consultation via l'urgence
Oncologue disponible 8h à 17h en semaine
De garde 17h à 8h, 24h la fin de semaine
Cas déjà traités ou nouveaux cas
Annonce du diagnostic – début du soutien
(sauf ganglions + leucémie)
Pallia-Vie (référence des CH, CLSC et cliniques)
Soutien individuel ou de groupe aux personnes atteintes
Soutien individuel ou de groupe aux proches
Soutien aux personnes endeuillées
Soutien aux enfants et adolescents en deuil
Clinique externe d'hémato-oncologie
3 oncologues
Réponse aux consultations,
Réception-rendez-vous
(2 et 6 semaines) priorisé
selon le type de cancer
Services offerts dès le diagnostic
jusqu'en fin de vie
Rencontre avec l'intervenante pivot
lors du premier traitement de chimiothérapie
Équipe interdisciplinaire
Médecin, infirmière, pharmacien, psychologue, diététiste, Pallia-Vie, pastorale, CLSC
Cueillette de données, présentation de l'équipe inter., visite de la clinique ou du 5e étage, remise de pochette info. + ressources disponibles, explication symptôme/chimio.
Premier traitement de chimiothérapie
(en moins de 5 jours)
Clinique externe
Rencontre pharmacien
Étage 5e A (hospit. court séjour)
Accueil, dossier oncologique, dépliant, vidéo
CLSC (s'il y a lieu) suivi par oncologue
Rapport onco. au médecin traitant
Suivi téléphonique 24h après par l'intervenante pivot
Radiothérapie
Hébergement s'il y a lieu
Aide au transport
Radiothérapie
Hébergement s'il y a lieu
Aide au transport
Corridors de service établis par tradition
Fin des traitements
Suivi par oncologue, médecin de famille, hospitalisation si complications

## Hôtel-Dieu de Saint-Jérôme

### Phase palliative en CH

**Chimiothérapie palliative**
**Équipe interdisciplinaire**
Médecins, infirmière,
pharmacien, psychologue, diététiste,
Pallia-vie, pastorale, CLSC

**Clinique externe**
**Suivi** par oncologue

**CLSC**
Détérioration de l'état de la personne
Introduire médecin de soins palliatifs
Suivi nursing (douleur)

**Suivi conjoint** oncologue ou
médecin en soins palliatifs
**Transfert** en soins palliatifs
**Hébergement** si nécessaire

S
o
u
t
i
e
n

**Hospitalisé 5e A**
**Suivi** oncologue ou
médecin en soins palliatifs

**CLSC** (si congé)
Suivi nursing
Support

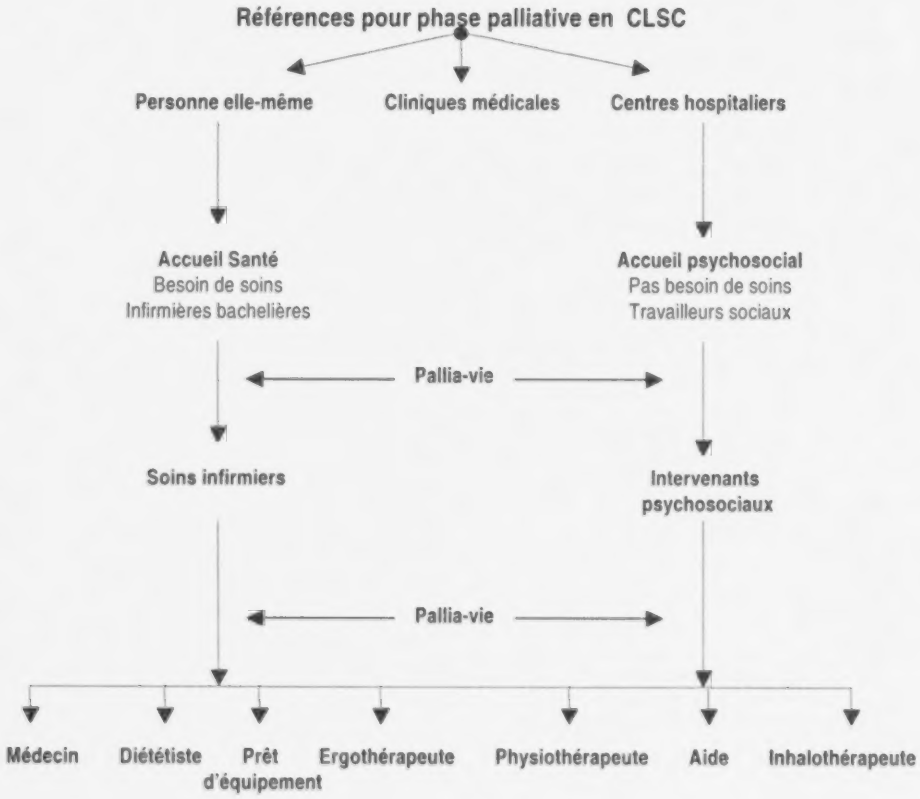
**Suivi conjoint** par oncologue
ou médecin en soins palliatifs
**Hébergement** si nécessaire

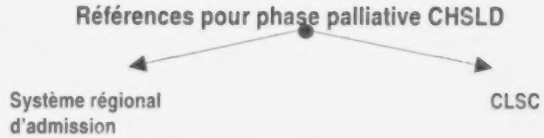
### Références pour soins de fin de vie en CH

Famille — Personne elle-même — Médecin — CH — CLSC

**Équipe interdisciplinaire**
Médecin
Infirmière
Pharmacien
Nutritionniste
Psychologue
Pastorale
Travailleur social
CLSC

## Hôtel-Dieu de Saint-Jérôme




**Hébergement : pronostic de < de 3 mois**

**Équipe de soins :**
Médecin
Infirmière
Intervenant psychosocial
Bénévole
Aumônier
Diététiste
Pharmacien
Ergothérapeute
Orthophoniste
Technicien en loisirs

À la lecture des diverses trajectoires, on constate que la porte d'entrée pour une consultation en clinique externe en oncologie peut toujours se faire via l'urgence, mais elle nécessite généralement une prescription médicale, soit par l'entremise de son médecin de famille ou par une consultation en clinique sans rendez-vous.

Dans les centres hospitaliers des Laurentides, les consultations auprès des spécialistes (chirurgien, pneumologue, gynécologue, urologue) sont habituellement possibles à l'intérieur d'un délai de 3 semaines, mais peuvent s'étirer jusqu'à 6 mois.

On note qu'un oncologue est fréquemment de garde à l'urgence, et ce, dans 3 centres hospitaliers.

Généralement, suite à l'annonce du diagnostic, un soutien psychosocial est offert, ou disponible, soit par l'entremise d'une infirmière, d'un travailleur social, d'un psychologue ou d'un groupe communautaire.

Seulement 1 centre hospitalier compte sur les services d'une intervenante pivot en oncologie appuyée d'une équipe interdisciplinaire, depuis maintenant 1 an. Quatre centres hospitaliers ont mis sur pied une équipe interdisciplinaire ou multidisciplinaire composée des disciplines suivantes : médecine, soins infirmiers, pharmacie, psychologie, travail social, diététique, pastorale, CLSC. Certaines de ces disciplines sont disponibles sur demande à l'exception de la médecine, des soins infirmiers et de la pharmacie. Les groupes communautaires ne siègent pas d'emblée sur les équipes interdisciplinaires, mais on leur réfère la clientèle aux besoins.

Les traitements de chimiothérapie débutent en moyenne 5 jours après l'annonce du diagnostic. La radiothérapie n'étant pas disponible dans la région, les personnes atteintes de cancer doivent donc se déplacer vers d'autres centres hospitaliers (Hôpital Maisonneuve-Rosemont, Hôpital Notre-Dame du CHUM, Centre hospitalier régional de Trois-Rivières).

Les CLSC prennent la relève quant aux traitements à domicile, au suivi nursing et aux services de maintien à domicile.

Lors de la fin des traitements, un suivi est effectué par l'oncologue et un rapport de consultation peut être envoyé au médecin de famille.

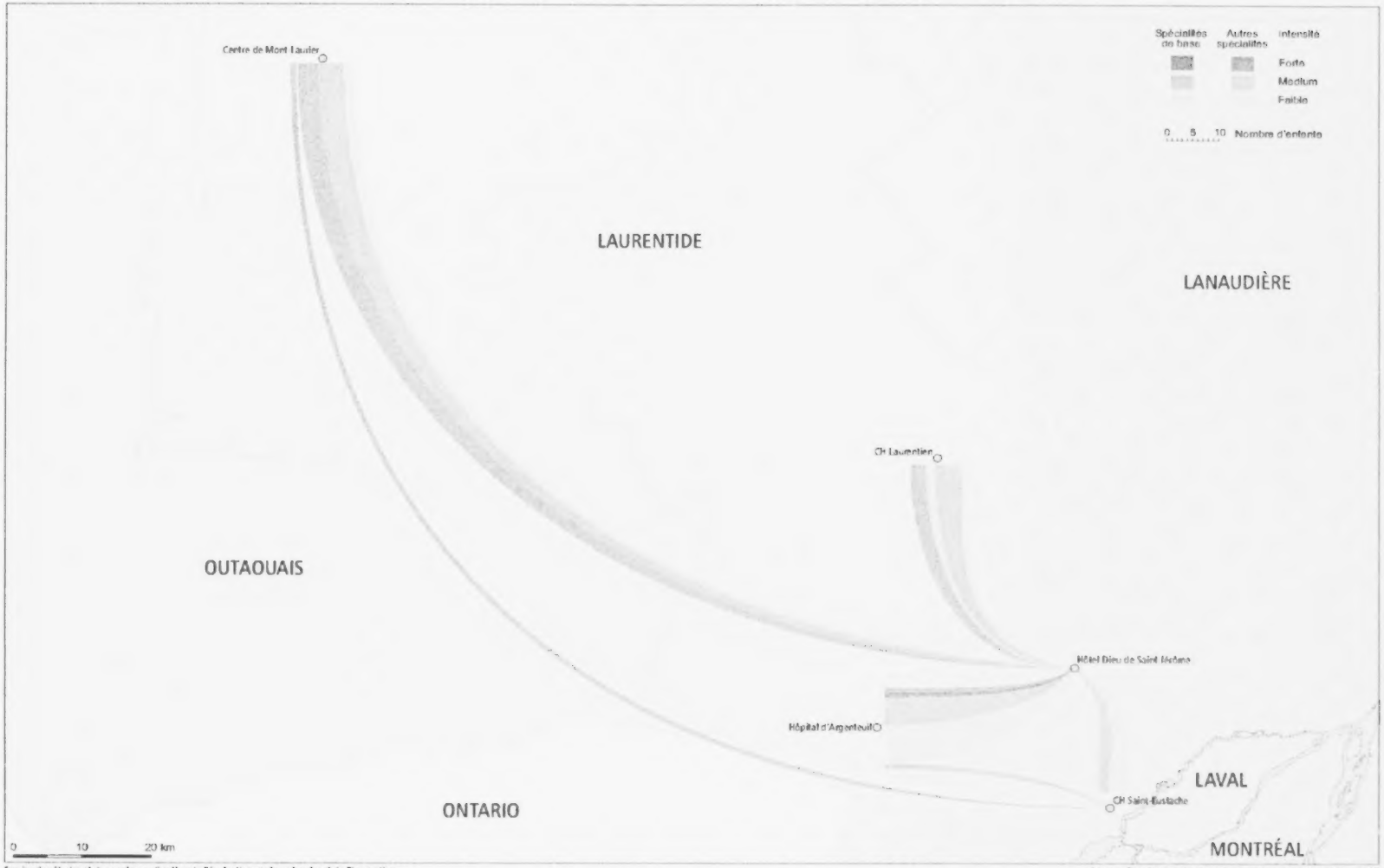
La chimiothérapie palliative est aussi sous la supervision d'une équipe interdisciplinaire pour les centres hospitaliers qui offrent ce type de traitement. La personne peut demeurer hospitalisée ou suivi à domicile par le CLSC. Des médecins omnipraticiens spécialisés en soins palliatifs sont aussi disponibles. Des intervenants psychosociaux peuvent être consultés par l'entremise du CLSC.

Les soins de fin de vie sont assurés par des équipes interdisciplinaires en centres hospitaliers, mais il y a toujours la possibilité d'être transféré en CHSLD pour un hébergement.

## Les corridors de service médicaux intra et extrarégionaux : automne 2003

À l'automne 2003, à la demande du Service des études et des analyses, Direction de l'évaluation, de la recherche et de l'innovation, de la Direction générale de la planification stratégique et de l'évaluation du MSSS, des travaux ont été réalisés dans chacune des régies régionales du Québec afin d'illustrer les corridors de service médicaux à l'intérieur d'une même région (intrarégional) et les corridors de service d'une région avec un ou plusieurs autres régions du Québec (extrarégional). Bien entendu les deux schémas suivants ne concernent pas uniquement les services oncologiques, mais illustrent néanmoins la manière dont se déploie l'offre de service dans les Laurentides.

## CORRIDORS DE SERVICES MÉDICAUX INTRARÉGIONAUX
## RÉGION LAURENTIDES

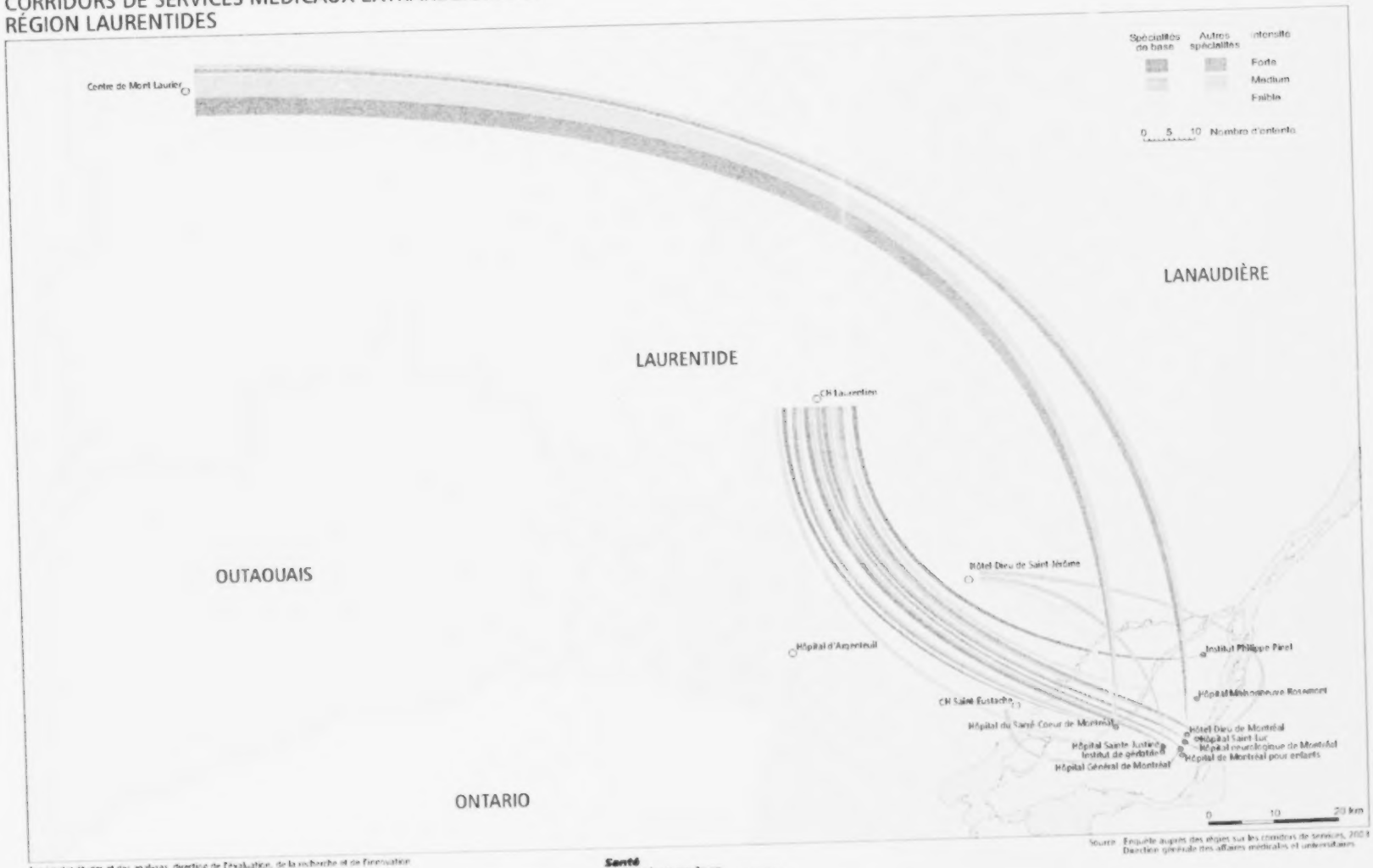



Service des études et des analyses, direction de l'évaluation, de la recherche et de l'innovation
Direction générale de la planification stratégique et de l'évaluation
Ministère de la Santé et des Services sociaux, Octobre 2003

Source : Enquête auprès des régies sur les corridors de services, 2003
Direction générale des affaires médicales et universitaires

Santé et Services sociaux Québec

## CORRIDORS DE SERVICES MÉDICAUX EXTRARÉGIONAUX
## RÉGION LAURENTIDES




Service des études et des analyses, direction de l'évaluation, de la recherche et de l'innovation
Direction générale de la planification stratégique et de l'évaluation
Ministère de la Santé et des Services sociaux, Octobre 2003

Source : Enquête auprès des régies sur les corridors de services, 2003
Direction générale des affaires médicales et universitaires

Santé et Services sociaux Québec

## Le tableau des services oncologiques disponibles dans les centres hospitaliers : hiver 2004

Pour le bénéfice du *Plan d'action de lutte contre le cancer dans les Laurentides*, nous nous sommes servis des informations colligées dans l'État de situation de 2002 et des travaux de l'automne 2003 sur les corridors de service médicaux et avons élaboré, à l'hiver 2004, un tableau des services oncologiques disponibles ou non dans chaque centre hospitalier de la région (oui ou n/d) et des corridors actuellement en place dans la région (intra) ou avec d'autres régions (extra) permettant d'offrir ces services.

| | CH Saint-Eustache | CH-CLSC-CHSLD Des Sommets | CH et CR Antoine Labelle (Annonciation) | CH et CR Antoine Labelle (Mont-Laurier) | Hôtel-Dieu de Saint-Jérôme | Établissement de santé d'Argenteuil |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | intra / extra | intra / extra | intra / extra | intra / extra | intra / extra | intra / extra |
| **Biochimie médicale** | oui | intra[98] | oui[99] | non disponible | oui | oui[100] |
| **Radiologie** | oui + CRID[101] | oui[102] | intra[103] | oui + CDD[104] | oui + CDD | oui[105] |
| **Échographie** | oui | oui | oui | oui | oui + extra[106] | intra[107] + extra[108] |
| **Endoscopie** | oui + extra[109] | oui | intra[110] + extra[111] | intra[112] + extra[113] | oui | oui |
| **Laboratoire** | extra[114] | oui | intra[115] | oui | oui + extra[116] | intra[117] |
| **Pathologie** | oui[118] | intra[119] | intra[120] | intra[121] | oui | intra[122] |
| **Résonance magnétique** | intra[123] | intra[124] | intra[125] | intra[126] | oui[127] | intra[128] |
| **Médecine nucléaire** | intra[129] | intra[130] | intra[131] | intra[132] | oui | intra[133] |
| **Tomodensitométrie** | oui | oui | oui | oui | oui | oui |

98 Via l'Hôtel-Dieu de Saint-Jérôme.
99 Par la présence de micobiologistes de l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal.
100 Par la présence d'un biochimiste du CH Saint-Eustache.
101 Centre de référence pour investigation désigné du Programme québécois de dépistage du cancer du sein.
102 CDD en voie de désignation.
103 Via Mont-Laurier, CH des Sommets et Hôtel-Dieu de Saint-Jérôme.
104 Centre de dépistage désigné du Programme québécois de dépistage du cancer du sein.
105 CDD en voie de désignation.
106 À l'Hôpital Saint-Luc du CHUM pour la gastro-entérologie.
107 Via l'Hôtel-Dieu de Saint-Jérôme et le CH Saint-Eustache.
108 Via l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal.
109 Pour la broncoscopie à l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal.
110 À Mont-Laurier pour les cytoscopies et à l'Hôtel-Dieu de Saint-Jérôme pour l'ORL.
111 À l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal pour la pneumologie et à l'Hôpital Saint-Luc du CHUM pour l'urologie.
112 À l'Hôtel-Dieu de Saint-Jérôme pour les biopsies.
113 À l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal pour les broncoscopies.
114 Services offerts via l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal et la Cité de la Santé de Laval.
115 Via Mont-Laurier.
116 Pour les analyses génétiques à l'Hôpital Notre-Dame du CHUM et à l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont.
117 Via le CH Saint-Eustache
118 Par la présence de pathologistes de l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal.
119 Via l'Hôtel-Dieu de Saint-Jérôme.
120 Via l'Hôtel-Dieu de Saint-Jérôme.
121 Via l'Hôtel-Dieu de Saint-Jérôme.
122 Via l'Hôtel-Dieu de Saint-Jérôme.
123 Via l'Hôtel-Dieu de Saint-Jérôme.
124 Via l'Hôtel-Dieu de Saint-Jérôme.
125 Via l'Hôtel-Dieu de Saint-Jérôme.
126 Via l'Hôtel-Dieu de Saint-Jérôme.
127 Mandat régional.
128 Via l'Hôtel-Dieu de Saint-Jérôme.
129 Via l'Hôtel-Dieu de Saint-Jérôme.
130 Via l'Hôtel-Dieu de Saint-Jérôme.
131 Via l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal.
132 Via l'Hôtel-Dieu de Saint-Jérôme.
133 Via l'Hôtel-Dieu de Saint-Jérôme.

| | CH Saint-Eustache | CH-CLSC-CHSLD Des Sommets | CH et CR Antoine Labelle (Annonciation) | CH et CR Antoine Labelle (Mont-Laurier) | Hôtel-Dieu de Saint-Jérôme | Établissement de santé d'Argenteuil |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | intra / extra | intra / extra | intra / extra | intra / extra | intra / extra | intra / extra |
| **Chimiothérapie** | extra seulement[134] | oui | oui | oui | oui | intra[135] |
| **Radiothérapie** | n/d[136] | n/d | n/d | n/d | n/d | n/d |
| **Ergothérapie** | oui | oui | oui | oui | oui | oiui |
| **Physiothérapie** | oui | oui | oui | oui | oui | oui |
| **Onco-pédiatrie** | Fait partie du Réseau Mère-Enfant de l'Hôpital Sainte-Justine | Fait partie du Réseau Mère-Enfant de l'Hôpital Sainte-Justine | Fait partie du Réseau Mère-Enfant de l'Hôpital Sainte-Justine | Fait partie du Réseau Mère-Enfant de l'Hôpital Sainte-Justine | Fait partie du Réseau Mère-Enfant de l'Hôpital Sainte-Justine | non |
| **Soins palliatifs** | non disponible | oui | oui | oui | oui | oui |

## Les effectifs et les services médicaux

### Avoir un médecin de famille[137]

**Définition :** fait de déclarer avoir ou non un médecin de famille.

**Proportion de la population de 12 ans ou plus qui déclare avoir ou non un médecin de famille, région des Laurentides et le Québec, 2000-2001**

| A un médecin de famille | Laurentides | Le Québec |
|---|---|---|
| | % | |
| Oui | 76,7 | 71,5 |
| Non | 23,3 | 28,5 |
| Total | 100,0 | 100,0 |

Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), cycle 1.1 (2000-2001)

On estime à 76,7% la proportion de la population de 12 ans ou plus des Laurentides qui déclare avoir un médecin de famille. Cette proportion est significativement supérieure à celle du Québec (71,5%).

134 Tous les traitements de chimiothérapie sont effectués à l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal.

135 La majorité des traitements de chimiothérapie sont effectués à l'Hôtel-Dieu de Saint-Jérôme.

136 Non disponible dans la région, le service est offert à l'extérieur de la région des Laurentides par l'entremise de corridors de service informels.

137 AGENCE DE DÉVELOPPEMENT DE RÉSEAUX LOCAUX DE SERVICES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DES LAURENTIDES, Direction régionale de santé publique, *Mise à jour des données sociosanitaires de la région des Laurentides et des territoires de CLSC*, Fascicule 4-Habitudes de vie et Maladies chroniques, Février 2004, page 19.

**Proportion de la population de 12 ans ou plus qui déclare avoir ou non un médecin de famille, selon le sexe, région des Laurentides et le Québec, 2000-2001**

| Sexe | Laurentides | Le Québec |
|---|---|---|
| | % | |
| Hommes | 70,6 | 64,6 |
| Femmes | 82,8 | 78,2 |

Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), cycle 1.1 (2000-2001)

La population de 12 ans ou plus des Laurentides qui déclare avoir un médecin de famille est significativement plus élevée que celle du Québec tant chez les hommes (70,6% c. 64,6%) que chez les femmes (82,8% c. 78,2%). Également, la proportion des femmes des Laurentides dans cette situation est significativement plus élevée que celle des hommes de la région.

**Proportion de la population de 12 ans ou plus qui déclare avoir ou non un médecin de famille, selon le groupe d'âge, région des Laurentides et le Québec, 2000-2001**

| Groupe d'âge | Laurentides | Le Québec |
|---|---|---|
| | % | |
| 12-19 ans | 69,5 | 65,1 |
| 20-24 ans | 65,9 | 58,3 |
| 25-44 ans | 71,0 | 62,3 |
| 45-64 ans | 82,9 | 79,8 |
| 65 ans + | 92,1 | 90,2 |

Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), cycle 1.1 (2000-2001)

Parmi les différents groupes d'âge des Laurentides, on observe que la population âgée de 65 ans ou plus déclare avoir un médecin de famille dans 92,1% des cas. Les Laurentidiens de 25 à 44 ans ont un médecin de famille dans une proportion significativement supérieure (71,0%) à celle du Québec (62,3%).

**La répartition des omnipraticiens et des spécialistes sur le territoire des Laurentides**

En date du 10 mars 2004, on dénombre 550 omnipraticiens dans la région des Laurentides[138] répartis par territoires de CLSC de la manière suivante. Il existe actuellement 76 cliniques médicales privées et 3 groupes de médecine de famille ou GMF[139].

[138] AGENCE DE DÉVELOPPEMENT DE RÉSEAUX LOCAUX DE SERVICES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DES LAURENTIDES, Direction régionale des affaires médicales et hospitalières, *Liste des médecins de la région des Laurentides*, 10 mars 2004.

[139] Le GMF se définit comme une organisation fonctionnelle composée de six à douze médecins de famille, équivalent temps plein, travaillant en groupe et en étroite collaboration avec des infirmières, dont le nombre sera déterminé en fonction du nombre de personnes inscrites au GMF, de la lourdeur de la prise en charge et du nombre de médecins équivalent temps plein du GMF.

| Territoire de CLSC | Omnipraticiens (n) | Cliniques médicales (n) | Groupes de médecine de famille (GMF) (n) |
|---|---|---|---|
| Jean-Olivier-Chénier | 142 | 13 | |
| Thérèse-de-Blainville | 118 | 17 | 1 |
| Hautes-Laurentides | 48 | 7 | 1 |
| Arthur-Buies | 122 | 17 | |
| Pays-d'en-Haut | 28 | 8 | 1 |
| Trois Vallées | 56 | 11 | |
| Argenteuil | 36 | 3 | |
| **Les Laurentides** | **550** | **76** | **3** |

En février 2004, le Plan régional d'effectifs médicaux (PREM) en spécialités du MSSS précise la répartition par centre hospitalier des spécialités concernées par la lutte contre le cancer. Pour chaque établissement on indique, dans le tableau suivant, le nombre d'effectifs en place ainsi que le nombre de postes disponibles à combler.

| Spécialités | Hôtel-Dieu de Saint-Jérôme | | CH-CLSC-CHSLD Des Sommets | | Établissement de santé d'Argenteuil | | CH et CR Antoine-Labelle | | CH Saint-Eustache | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | En place | Postes disp. | En place | Postes disp | En place | Postes disp. | En place | Postes disp. | En plac | Postes disp. |
| **Radiologie** | 7 | 0 | 1 | 0 | 1 | -1* | 1 | 0 | 5 | 0 |
| **Pathologie** | 4 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| **Chirurgie générale** | 8 | 0 | 3 | 1 | 2 | 0 | 3 | 0 | 5 | 0 |
| **Médecine interne** | 7 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 |
| **Hémato-oncologie** | 5 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 |

* Le Plan d'effectifs médicaux en spécialités du MSSS, n'a pas autorisé de poste en radiologie pour l'Établissement de santé d'Argenteuil, c'est pourquoi on indique –1 à la section poste disponible.

Les membres du GMF travaillent également avec d'autres professionnels de la santé et des services sociaux, notamment avec les travailleurs sociaux et les pharmaciens. Les objectifs du GMF sont d'assurer une plus grande accessibilité des services, la prise en charge globale et le suivi des personnes inscrites auprès d'un médecin membre du GMF, de permettre à moyen terme à plus de personnes d'avoir accès à un médecin de famille, d'améliorer la prestation et la qualité des soins médicaux de première ligne ainsi que l'organisation des services de première ligne, de développer une plus grande complémentarité des services avec les CLSC et enfin de reconnaître et de valoriser le rôle du médecin de famille. Définition adaptée, citée dans : MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Devenir un groupe de médecine de famille (GMF), Guide d'accompagnement*, VERSION PRÉLIMINAIRE, Québec, Septembre 2003, pp. 15-16.

**Effectifs médicaux spécialisés en place et postes disponibles au 1er mars 2004, région des Laurentides[140]**

| | Effectifs en place | Postes disponibles |
|---|---|---|
| **Radiologie** | 15 | -1* |
| **Pathologie** | 4 | 1 |
| **Chirurgie générale** | 21 | 1 |
| **Médecine interne** | 10 | 0 |
| **Hémato-oncologie** | 6 | 1 |

* Le Plan d'effectifs médicaux en spécialités du MSSS, n'a pas autorisé de poste en radiologie pour l'Établissement de santé d'Argenteuil, c'est pourquoi on indique –1 à la section poste disponible.

Le tableau suivant représente le nombre de médecins pour 100 000 personnes dans notre région. On remarque qu'à la fois le taux des omnipraticiens et celui des spécialistes sont nettement en dessous de la moyenne provinciale en 2002. Par conséquent, bon nombre des consultations s'effectuent dans la région montréalaise.

**Nombre de médecins[1] pour 100 000 personnes, région des Laurentides et province de Québec, 2002**

| Médecins | Taux pour les Laurentides (pour 100 000 personnes) | Taux pour la province de Québec (pour 100 000 personnes) |
|---|---|---|
| **Omnipraticiens** | 88 | 94 |
| **Spécialistes** | 41 | 94 |
| Total | 129 | 188 |

1. Effectifs médicaux qui, au premier trimestre 2002, ont eu une rémunération minimale de 5 500 $.
Source : Direction générale des affaires médicales et universitaires, MSSS, septembre 2002.

Comme le mentionne le MSSS[141], aucune donnée similaire aux précédentes n'existe pour les autres catégories de professionnels de la santé comme les infirmières, les pharmaciens ou les intervenants en soutien (travailleurs sociaux, psychologues). Plus spécifiquement dans le domaine des soins infirmiers, où la pénurie se fait encore grandement sentir, l'Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec avance que 60 % du personnel a 40 ans et plus. Dans ce contexte, il semble nécessaire de se pencher sur la planification de la main-d'œuvre infirmière. Une action semblable est également souhaitable dans les autres groupes de professionnels pour lesquels une planification de la main-d'œuvre qui travaille en oncologie est essentielle afin d'assurer le développement des équipes de lutte contre le cancer.

140 MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, Direction générale des affaires médicales et universitaires, *Plan régional d'effectifs médicaux spécialisés*, Québec, Février 2004.
141 MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Programme québécois de lutte contre le cancer, La lutte contre le cancer dans les régions du Québec, Un premier bilan*, Québec 2003, 392 pages, page 87.

## L'investigation et le traitement du cancer dans les Laurentides

En raison notamment de la présence de médecins provenant de centres hospitaliers de Montréal qui offrent des services dans des hôpitaux des Laurentides, presque tous les services d'investigation et de traitement de base sont assurés pour notre région.

## Les hospitalisations et les chirurgies

Comme l'indique le tableau suivant, le taux de rétention pour les hospitalisations de résidents effectuées dans la région est en hausse, passant de 54 % en 1994-1995 à 64 % en 2001-2002.

**Hospitalisations[1] pour cancer selon les principaux sièges, taux de rétention et taux d'attraction, 1994-1995 et 2001-2002, région des Laurentides**

| | Hospitalisations des résidents de la région (n) | Taux de rétention pour les hospitalisations (%) | Hospitalisations dans les CH de la région (n) | Taux d'attraction pour les hospitalisations (%) |
|---|---|---|---|---|
| 1994-1995 | | | | |
| Ensemble des sièges | 2 902 | 54 | ND | ND |
| 2001-2002 | | | | |
| Cancer digestif bas | 401 | 78 | 363 | 13 |
| Cancer pulmonaire | 565 | 71 | 468 | 14 |
| Cancer du sein | 377 | 76 | 320 | 10 |
| Cancer urologique | 432 | 67 | 347 | 17 |
| Ensemble des sièges | 2 976 | 64 | 2 176 | 13 |

1. Les hospitalisations incluent les hospitalisations en chirurgie et les hospitalisations en médecine.
ND Non disponible
CH Centre hospitalier
Source : Fichier APR-DRG, MSSS, 2003.

Le tableau ci-bas indique qu'en 2000-2001 il y a eu 105 hospitalisations d'enfants âgés de 0 à 19 ans des Laurentides on remarque que 102 d'entre elles l'ont été dans des établissements montréalais.

**Hospitalisations selon la région de résidence et la région où a lieu le traitement, et taux de rétention chez les 0-19 ans, Québec, 2000-2001**

| Région de résidence | Hospitalisations (n) | | | | | Taux de rétention pour les hospitalisations (%) |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | Dans la région de résidence | Dans la région de Québec | Dans la région de l'Estrie | Dans la région de Montréal-Centre | Total | |
| Bas-Saint-Laurent | 12 | 19 | 0 | 0 | 31 | 39 |
| Saguenay–Lac-Saint-Jean | 27 | 13 | 0 | 24 | 64 | 42 |
| Québec | - | 36 | 0 | 9 | 45 | 80 |
| Mauricie et Centre-du-Québec | 15 | 1 | 3 | 91 | 110 | 14 |
| Estrie | - | 0 | 27 | 23 | 50 | 54 |
| Montréal-Centre | - | 0 | 3 | 322 | 325 | 99 |
| Outaouais[1] | 1 | 0 | 0 | 3 | 4 | 25 |
| Abitibi-Témiscamingue | 14 | 0 | 0 | 18 | 32 | 44 |
| Côte-Nord | 3 | 3 | 0 | 10 | 16 | 19 |
| Nord-du-Québec | 0 | 0 | 1 | 18 | 19 | 0 |
| Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine | 4 | 5 | 0 | 18 | 27 | 15 |
| Chaudière-Appalaches | 8 | 50 | 0 | 4 | 62 | 13 |
| Laval | 0 | 0 | 0 | 37 | 37 | 0 |
| Lanaudière | 4 | 0 | 0 | 77 | 81 | 5 |
| Laurentides | 3 | 0 | 0 | 102 | 105 | 3 |
| Montérégie | 12 | 1 | 1 | 227 | 241 | 5 |
| Nunavik | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | NA |
| Terres-Cries-de-la-Baie-James | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | NA |

1. Hospitalisations en Ontario exclues.
NA Non applicable.
*Source : Fichier APR-DRG, MSSS, 2003.*

On remarque dans le tableau ci-dessous que des 105 hospitalisations pour les enfants des Laurentides âgés de 0 à 19 ans, 102 d'entre elles l'on été dans la région montréalaise.

Le tableau de la page suivante précise qu'en 2001-2002, près de la moitié des 2 176 hospitalisations pour l'ensemble des cancers ont été effectuées à l'Hôtel-Dieu de Saint-Jérôme et le quart au Centre hospitalier Saint-Eustache. Quant aux chirurgies de base, elles sont pratiqués dans les cinq centres hospitaliers de la région. On dénote qu'un peu plus de la moitié des interventions chirurgicales ont lieu à l'Hôtel-Dieu de Saint-Jérôme.

**Chirurgies[1] et hospitalisations[2] dans les CH de la région des Laurentides pour l'ensemble des cancers, 2001-2002**

| Établissement | Chirurgies pour l'ensemble des cancers (n) | Hospitalisations pour l'ensemble des cancers (n) |
|---|---|---|
| CH-CLSC-CHSLD Des Sommets | 189 | 298 |
| Hôtel-Dieu de Saint-Jérôme | 898 | 1 036 |
| CH Saint-Eustache | 366 | 547 |
| Établissement de santé d'Argenteuil | 58 | 113 |
| CH et CR Antoine-Labelle (Mont-Laurier) | 74 | 118 |
| CH et CR Antoine-Labelle (L'Annonciation) | 0 | 64 |
| **Total** | **1 585** | **2 176** |

1. Les chirurgies incluent les hospitalisations en chirurgie et les chirurgies d'un jour.
2. Incluant les hospitalisations en chirurgie et les hospitalisations en médecine.
Source : Fichier APR-DRG, MSSS, 2003.

Voyons plus en détail la répartition des 1 206 chirurgies effectuées en 2001-2002 pour les quatre sièges tumoraux les plus fréquents. On remarque que les chirurgies du sein se concentrent dans deux établissements, à savoir l'Hôtel-Dieu de Saint-Jérôme et le Centre hospitalier Saint-Eustache, où se situe le centre de référence pour investigation désigné (CRID) du Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS). Le nombre de chirurgie du sein à l'Établissement de santé d'Argenteuil est en-deçà de ce qui est recommandé dans le PQLC pour une équipe interdisciplinaire locale d'oncologie, soit 30 nouveaux cas de cancer du sein annuellement. Les chirurgies pulmonaires sont essentiellement réalisées à l'Hôtel-Dieu de Saint-Jérôme. Quant au cancer urologique, l'activité chirurgicale est très importance à l'Hôtel-Dieu de Saint-Jérôme avec 80 % des cas, alors que le Centre hospitalier Saint-Eustache en réalise 16 %.

**Chirurgies[1] effectuées dans les CH de la région des Laurentides selon les principaux sièges de cancer, 2001-2002**

| Établissement | Chirurgies (n) | | | |
|---|---|---|---|---|
| | Cancer digestif bas | Cancer pulmonaire | Cancer du sein | Cancer urologique |
| CH-CLSC-CHSLD Des Sommets | 55 | 9 | 55 | 0 |
| Hôtel-Dieu de Saint-Jérôme | 96 | 132 | 152 | 343 |
| CH Saint-Eustache | 68 | 3 | 126 | 70 |
| Établissement de santé d'Argenteuil | 14 | 3 | 8 | 18 |
| CH et CR Antoine-Labelle (Mont-Laurier) | 15 | 2 | 37 | 0 |
| CH et CR Antoine-Labelle (L'Annonciation) | 0 | 0 | 0 | 0 |
| **Total** | **248** | **149** | **378** | **431** |

1. Les chirurgies incluent les hospitalisations en chirurgie et les chirurgies d'un jour.
Source : Fichier APR-DRG, MSSS, 2003.

Comme l'indique le tableau suivant, le taux d'attraction pour les hospitalisations, soit le pourcentage des hospitalisations d'une région effectuées pour des résidents des autres régions est élevé dans sept régions incluant les Laurentides. Le taux d'attraction tente d'illustrer deux réalités. D'une part, la proportion des services suprarégionaux fournis aux personnes venant d'autres régions, c'est-à-dire faisant appel à une expertise ou à des ressources ultraspécialisées. D'autre part, la proportion des services régionaux fournis aux personnes des régions limitrophes en raison du choix de celles-ci ou de la carence de disponibilité des ressources dans leur région de résidence. Ces deux réalités sont reflétées dans les taux d'attraction des régions de Québec, de l'Estrie et de Montréal-Centre. Alors qu'il s'agit davantage du choix des personnes ou du manque de ressources pour les régions de Laval, du Bas-Saint-Laurent et des Laurentides.

## Taux de rétention et taux d'attraction pour les hospitalisations selon la région, Québec, 1994-1995 et 2001-2002[142]

| Régions | Taux de rétention | | | Tauxd'attraction |
|---|---|---|---|---|
| | 1994-1995 | 2001-2002 | Variation | 2001-2002 |
| | (%) | (%) | (%) | (%) |
| **Universitaires** | | | | |
| Québec | 99 | 99 | 0 | 30 |
| Estrie | 95 | 93 | -2 | 15 |
| Montréal-Centre | 99 | 98 | -1 | 34 |
| **Périphériques** | | | | |
| Chaudière-Appalaches | 58 | 63 | 9 | 7 |
| Laval | 26 | 45 | 73 | 31 |
| Lanaudière | 46 | 58 | 26 | 6 |
| Laurentides | 54 | 64 | 19 | 13 |
| Montérégie | 53 | 64 | 21 | 4 |
| **Intermédiaires** | | | | |
| Bas-Saint-Laurent | 75 | 77 | 3 | 16 |
| Saguenay–Lac-Saint-Jean | 92 | 92 | 0 | 3 |
| Mauricie et Centre-du-Québec | 74 | 80 | 8 | 3 |
| Outaouais[1] | 76 | 76 | 0 | 3 |
| **Éloignées** | | | | |
| Abitibi-Témiscamingue | 80 | 85 | 6 | 3 |
| Côte-Nord | 62 | 68 | 10 | 0 |
| Nord-du-Québec | ND | 38 | NA | 12 |
| Gaspésie–Îles-de-la Madeleine | 56 | 63 | 13 | 1 |
| Nunavik | ND | 9 | NA | 0 |
| Terres-Cries-de-la-Baie-James | ND | 17 | NA | 0 |

1. En Outaouais, le taux de rétention tient compte des hospitalisations en Ontario. Toutefois, il est calculé pour l'année 2000-2001 plutôt que pour 2001-2002, en prenant l'ensemble des tumeurs (codes CIM-9 140 à 238).
ND Non disponible.
NA Non applicable.
Source : Fichier APR-DRG, MSSS, 2003.

[142] MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Programme québécois de lutte contre le cancer, La lutte contre le cancer dans les régions du Québec, Un premier bilan*, Québec 2003, 392 pages, page 73.

Les tableaux suivants fournissent des données plus récentes que les précédentes, soit pour l'année 2002-2003. Dans un premier temps nous vous présentons, selon le territoire de CLSC de la personne atteinte de cancer, la répartition des hospitalisations non seulement sur le territoire des Laurentides, mais dans d'autres régions du Québec. Vous y trouverez des données pour l'ensemble des cancers et également pour les quatre principaux sièges tumoraux à savoir le cancer du sein, le cancer de la prostate, le cancer colorectal et le cancer du poumon.

**Hospitalisations pour l'ensemble des cancers (CIM-9 140 à 208, excluant 173) selon le territoire local de résidence de la personne et le CH (ou région de traitement) de l'hospitalisation, 2002-2003**

| Territoire de CLSC de la personne | Centre De L'Annonciation | Centre De Mont-Laurier | CH-CLSC-CHSLD des Sommets | Centre Hospitalier Saint-Eustache | Établissement de santé d'Argenteuil | Hotel-Dieu de Saint-Jérôme | Abitibi-Témiscamingue | Lanaudière | Laval | Montérégie | Montréal-Centre | Outaouais | Québec | Saguenay-Lac-Saint-Jean | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CLSC ARTHUR-BUIES | | | 7 | 7 | 3 | 575 | | 1 | 15 | 5 | 164 | | 1 | | **778** |
| CLSC D'ARGENTEUIL | | | 2 | 6 | 76 | 77 | | | 6 | | 60 | 1 | | | **228** |
| CLSC HAUTES-LAURENTIDES | 35 | 109 | 7 | 5 | | 16 | | | 2 | 1 | 121 | 9 | | | **305** |
| CLSC JEAN-OLIVIER-CHÉNIER | | | | 263 | 2 | 24 | 1 | 1 | 13 | | 192 | | 1 | | **497** |
| CLSC-CHSLD DES PAYS-D'EN-HAUT | | | 77 | 6 | 4 | 86 | | | 10 | 1 | 66 | | | | **250** |
| CLSC-CHSLD THÉRÈSE-DE-BLAINVILLE | | | | 143 | | 155 | | 1 | 112 | 2 | 254 | | 1 | 1 | **669** |
| CLSC-CHSLD DES TROIS VALLÉES | 19 | 2 | 182 | 2 | 1 | 77 | | | 1 | 1 | 54 | | | | **339** |
| **Total** | **54** | **111** | **275** | **432** | **86** | **1 010** | **1** | **3** | **159** | **10** | **911** | **10** | **3** | **1** | **3 066** |

*source de données : APR-DRG, MSSS 2002-2003

**Hospitalisations pour le cancer du sein (CIM-9 = 174) selon le territoire local de résidence de la personne et le CH (ou région de traitement) de l'hospitalisation, 2002-2003**

| Territoire de CLSC de la personne | Centre De L'Annonciation | Centre De Mont-Laurier | CH-CLSC-CHSLD des Sommets | Centre Hospitalier Saint-Eustache | Établissement de santé d'Argenteuil | Hotel-Dieu de Saint-Jérôme | Laval | Montérégie | Montréal-Centre | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CLSC ARTHUR-BUIES | | | 1 | 4 | | 62 | 3 | 2 | 15 | **87** |
| CLSC D'ARGENTEUIL | | | | 6 | 6 | 2 | | | 2 | **16** |
| CLSC HAUTES-LAURENTIDES | 4 | 20 | 4 | 5 | | | | 1 | 3 | **37** |
| CLSC JEAN-OLIVIER-CHÉNIER | | | | 54 | | 1 | 1 | | 11 | **67** |
| CLSC-CHSLD DES PAYS-D'EN-HAUT | | | 11 | 4 | | 3 | 3 | | 3 | **24** |
| CLSC-CHSLD THÉRÈSE-DE-BLAINVILLE | | | | 32 | | 26 | 16 | 1 | 18 | **93** |
| CLSC-CHSLD DES TROIS VALLÉES | 1 | 2 | 28 | 2 | | 2 | | | 1 | **36** |
| **Total** | **5** | **22** | **44** | **107** | **6** | **96** | **23** | **4** | **53** | **360** |

*source de données : APR-DRG, MSSS 2002-2003

**Hospitalisations pour le cancer de la prostate (CIM-9 = 185 à 189) selon le territoire local de résidence de la personne et le CH (ou région de traitement) de l'hospitalisation, 2002-2003**

| Territoire de CLSC de la personne | Centre De L'Annonciation | Centre De Mont-Laurier | CH-CLSC-CHSLD des Sommets | Centre Hospitalier Saint-Eustache | Établissement de santé d'Argenteuil | Hotel-Dieu de Saint-Jérôme | Lanaudière | Laval | Montréal-Centre | Outaouais | **Total** |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CLSC ARTHUR-BUIES | | | | | | 103 | 1 | 4 | 7 | | **115** |
| CLSC D'ARGENTEUIL | | | | | 7 | 27 | | 1 | 8 | | **43** |
| CLSC HAUTES-LAURENTIDES | 1 | 4 | | | | 1 | | 2 | 39 | 1 | **48** |
| CLSC JEAN-OLIVIER-CHÉNIER | | | | 39 | | 4 | | 9 | 12 | | **64** |
| CLSC-CHSLD DES PAYS-D'EN-HAUT | | | 2 | 1 | | 31 | | 5 | 14 | | **53** |
| CLSC-CHSLD THÉRÈSE-DE-BLAINVILLE | | | | 9 | | 25 | | 13 | 32 | | **79** |
| CLSC-CHSLD DES TROIS VALLÉES | | | 17 | | 1 | 41 | | | 6 | | **65** |
| **Total** | **1** | **4** | **19** | **49** | **8** | **232** | **1** | **34** | **118** | **1** | **467** |

*source de données : APR-DRG, MSSS 2002-2003

**Hospitalisations pour le cancer colorectal (CIM-9 = 153, 154 et 158) selon le territoire local de résidence de la personne et le CH (ou région de traitement) de l'hospitalisation, 2002-2003**

| Territoire de CLSC de la personne | Centre De L'Annonciation | Centre De Mont-Laurier | CH-CLSC-CHSLD des Sommets | Centre Hospitalier Saint-Eustache | Établissement de santé d'Argenteuil | Hotel-Dieu de Saint-Jérôme | Lanaudière | Laval | Montérégie | Montréal-Centre | Outaouais | Saguenay-Lac-Saint-Jean | **Total** |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CLSC ARTHUR-BUIES | | | 2 | | | 78 | | 3 | | 5 | | | **88** |
| CLSC D'ARGENTEUIL | | | 1 | | 24 | 2 | | | | | | | **27** |
| CLSC HAUTES-LAURENTIDES | 6 | 21 | 1 | | | 1 | | | | 11 | 2 | | **42** |
| CLSC JEAN-OLIVIER-CHÉNIER | | | | 51 | | 3 | | | | 6 | | | **60** |
| CLSC-CHSLD DES PAYS-D'EN-HAUT | | | 29 | | 1 | 5 | | | | 8 | | | **43** |
| CLSC-CHSLD THÉRÈSE-DE-BLAINVILLE | | | | 25 | | 12 | 1 | 29 | | 15 | | 1 | **84** |
| CLSC-CHSLD DES TROIS VALLÉES | | | 38 | | | | | | 1 | | | | **39** |
| **Total** | **6** | **21** | **71** | **76** | **25** | **102** | **1** | **32** | **1** | **45** | **2** | **1** | **383** |

*source de données : APR-DRG, MSSS 2002-2003

Les tableaux suivants fournissent des données plus récentes que les précédentes, soit pour l'année 2002-2003. Dans un premier temps nous vous présentons, selon le territoire de CLSC de la personne atteinte de cancer, la répartition des hospitalisations non seulement sur le territoire des Laurentides, mais dans d'autres régions du Québec. Vous y trouverez des données pour l'ensemble des cancers et également pour les quatre principaux sièges tumoraux à savoir le cancer du sein, le cancer de la prostate, le cancer colorectal et le cancer du poumon.

**Hospitalisations pour l'ensemble des cancers (CIM-9 140 à 208, excluant 173) selon le territoire local de résidence de la personne et le CH (ou région de traitement) de l'hospitalisation, 2002-2003**

| Territoire de CLSC de la personne | Centre De L'Annonciation | Centre De Mont-Laurier | CH-CLSC-CHSLD des Sommets | Centre Hospitalier Saint-Eustache | Établissement de santé d'Argenteuil | Hotel-Dieu de Saint-Jérôme | Abitibi-Témiscamingue | Lanaudière | Laval | Montérégie | Montréal-Centre | Outaouais | Québec | Saguenay-Lac-Saint-Jean | **Total** |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CLSC ARTHUR-BUIES | | | 7 | 7 | 3 | 575 | | 1 | 15 | 5 | 164 | | 1 | | **778** |
| CLSC D'ARGENTEUIL | | | 2 | 6 | 76 | 77 | | | 6 | | 60 | 1 | | | **228** |
| CLSC HAUTES-LAURENTIDES | 35 | 109 | 7 | 5 | | 16 | | | 2 | 1 | 121 | 9 | | | **305** |
| CLSC JEAN-OLIVIER-CHÉNIER | | | | 263 | 2 | 24 | 1 | 1 | 13 | | 192 | | 1 | | **497** |
| CLSC-CHSLD DES PAYS-D'EN-HAUT | | | 77 | 6 | 4 | 86 | | | 10 | 1 | 66 | | | | **250** |
| CLSC-CHSLD THÉRÈSE-DE-BLAINVILLE | | | | 143 | | 155 | | 1 | 112 | 2 | 254 | | 1 | 1 | **669** |
| CLSC-CHSLD DES TROIS VALLÉES | 19 | 2 | 182 | 2 | 1 | 77 | | | 1 | 1 | 54 | | | | **339** |
| **Total** | **54** | **111** | **275** | **432** | **86** | **1 010** | **1** | **3** | **159** | **10** | **911** | **10** | **3** | **1** | **3 066** |

*source de données : APR-DRG, MSSS 2002-2003

**Hospitalisations pour le cancer du sein (CIM-9 = 174) selon le territoire local de résidence de la personne et le CH (ou région de traitement) de l'hospitalisation, 2002-2003**

| Territoire de CLSC de la personne | Centre De L'Annonciation | Centre De Mont-Laurier | CH-CLSC-CHSLD des Sommets | Centre Hospitalier Saint-Eustache | Établissement de santé d'Argenteuil | Hotel-Dieu de Saint-Jérôme | Laval | Montérégie | Montréal-Centre | **Total** |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CLSC ARTHUR-BUIES | | | 1 | 4 | | 62 | 3 | 2 | 15 | **87** |
| CLSC D'ARGENTEUIL | | | | 6 | 6 | 2 | | | 2 | **16** |
| CLSC HAUTES-LAURENTIDES | 4 | 20 | 4 | 5 | | | | 1 | 3 | **37** |
| CLSC JEAN-OLIVIER-CHÉNIER | | | | 54 | | 1 | 1 | | 11 | **67** |
| CLSC-CHSLD DES PAYS-D'EN-HAUT | | | 11 | 4 | | 3 | 3 | | 3 | **24** |
| CLSC-CHSLD THÉRÈSE-DE-BLAINVILLE | | | | 32 | | 26 | 16 | 1 | 18 | **93** |
| CLSC-CHSLD DES TROIS VALLÉES | 1 | 2 | 28 | 2 | | 2 | | | 1 | **36** |
| **Total** | **5** | **22** | **44** | **107** | **6** | **96** | **23** | **4** | **53** | **360** |

*source de données : APR-DRG, MSSS 2002-2003

## Hospitalisations pour le cancer de la prostate (CIM-9 = 185 à 189) selon le territoire local de résidence de la personne et le CH (ou région de traitement) de l'hospitalisation, 2002-2003

| Territoire de CLSC de la personne | Centre De L'Annonciation | Centre De Mont-Laurier | CH-CLSC-CHSLD des Sommets | Centre Hospitalier Saint-Eustache | Établissement de santé d'Argenteuil | Hotel-Dieu de Saint-Jérôme | Lanaudière | Laval | Montréal-Centre | Outaouais | **Total** |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CLSC ARTHUR-BUIES | | | | | | 103 | 1 | 4 | 7 | | **115** |
| CLSC D'ARGENTEUIL | | | | | 7 | 27 | | 1 | 8 | | **43** |
| CLSC HAUTES-LAURENTIDES | 1 | 4 | | | | 1 | | 2 | 39 | 1 | **48** |
| CLSC JEAN-OLIVIER-CHÉNIER | | | | 39 | | 4 | | 9 | 12 | | **64** |
| CLSC-CHSLD DES PAYS-D'EN-HAUT | | | 2 | 1 | | 31 | | 5 | 14 | | **53** |
| CLSC-CHSLD THÉRÈSE-DE-BLAINVILLE | | | | 9 | | 25 | | 13 | 32 | | **79** |
| CLSC-CHSLD DES TROIS VALLÉES | | | 17 | | 1 | 41 | | | 6 | | **65** |
| **Total** | **1** | **4** | **19** | **49** | **8** | **232** | **1** | **34** | **118** | **1** | **467** |

*source de données : APR-DRG, MSSS 2002-2003

## Hospitalisations pour le cancer colorectal (CIM-9 = 153, 154 et 158) selon le territoire local de résidence de la personne et le CH (ou région de traitement) de l'hospitalisation, 2002-2003

| Territoire de CLSC de la personne | Centre De L'Annonciation | Centre De Mont-Laurier | CH-CLSC-CHSLD des Sommets | Centre Hospitalier Saint-Eustache | Établissement de santé d'Argenteuil | Hotel-Dieu de Saint-Jérôme | Lanaudière | Laval | Montérégie | Montréal-Centre | Outaouais | Saguenay-Lac-Saint-Jean | **Total** |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CLSC ARTHUR-BUIES | | | 2 | | | 78 | | 3 | | 5 | | | **88** |
| CLSC D'ARGENTEUIL | | | 1 | | 24 | 2 | | | | | | | **27** |
| CLSC HAUTES-LAURENTIDES | 6 | 21 | 1 | | | 1 | | | | 11 | 2 | | **42** |
| CLSC JEAN-OLIVIER-CHÉNIER | | | | 51 | | 3 | | | | 6 | | | **60** |
| CLSC-CHSLD DES PAYS-D'EN-HAUT | | | 29 | | 1 | 5 | | | | 8 | | | **43** |
| CLSC-CHSLD THÉRÈSE-DE-BLAINVILLE | | | | 25 | | 13 | 1 | 29 | | 15 | | 1 | **84** |
| CLSC-CHSLD DES TROIS VALLÉES | | | 38 | | | | | | 1 | | | | **39** |
| **Total** | **6** | **21** | **71** | **76** | **25** | **102** | **1** | **32** | **1** | **45** | **2** | **1** | **383** |

*source de données : APR-DRG, MSSS 2002-2003

**Hospitalisations pour le cancer du poumon (CIM-9 = 162, 163 et 165) selon le territoire local de résidence de la personne et le CH (ou région de traitement) de l'hospitalisation, 2002-2003**

| Territoire de CLSC de la personne | Centre De L'Annonciation | Centre De Mont-Laurier CH-CLSC-CHSLD des Sommets | Centre Hospitalier Saint-Eustache | Établissement de santé d'Argenteuil | Hotel-Dieu de Saint-Jérôme | Laval | Montérégie | Montréal-Centre | Outaouais | Québec | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CLSC ARTHUR-BUIES | | | 1 | 1 | 167 | 1 | 2 | 15 | | 1 | **188** |
| CLSC D'ARGENTEUIL | | | | 20 | 31 | 2 | | 9 | | | **62** |
| CLSC HAUTES-LAURENTIDES | 10 | 27 | | | 8 | | | 26 | 1 | | **72** |
| CLSC JEAN-OLIVIER-CHÉNIER | | | 44 | 2 | 3 | | | 43 | | | **92** |
| CLSC-CHSLD DES PAYS-D'EN-HAUT | | | 10 | 1 | 2 | 24 | 1 | 1 | 6 | | **45** |
| CLSC-CHSLD THÉRÈSE-DE-BLAINVILLE | | | | 32 | | 41 | 16 | | 49 | | **138** |
| CLSC-CHSLD DES TROIS VALLÉES | 15 | | 44 | | | 18 | 1 | | 2 | | **80** |
| **Total** | **25** | **27** | **54** | **78** | **25** | **292** | **21** | **3** | **150** | **1** | **1** | **677** |

*source de données : APR-DRG, MSSS 2002-2003

Dans un deuxième temps nous vous fournissons la répartition des chirurgies oncologiques dans les établissements du territoire laurentidien mais aussi ailleurs dans la province, et ce, selon le territoire de résidence de la personne atteinte de cancer. Comme pour les tableaux des hospitalisations vous y trouverez des données pour l'ensemble des cancer mais également pour les quatre cancers les plus fréquents dans la population, le cancer du sein, le cancer de la prostate, le cancer colorectal et le cancer du poumon.

**Chirurgies pour l'ensemble des cancers (CIM-9 = 140 à 208, excluant 173) selon le territoire local de résidence de la personne et le CH de l'hospitalisation, 2002-2003**

| Territoire de CLSC de la personne | Centre De Mont-Laurier CH-CLSC-CHSLD des Sommets | Centre Hospitalier Saint-Eustache | Établissement de santé d'Argenteuil | Hotel-Dieu de Saint-Jérôme | Abitibi-Témiscamingue | Lanaudière | Laval | Montérégie | Montréal-Centre | Outaouais | Québec | Saguenay-Lac-Saint-Jean | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CLSC ARTHUR-BUIES | 7 | 6 | 2 | 410 | | 1 | 20 | 3 | 93 | | 1 | | **543** |
| CLSC D'ARGENTEUIL | 1 | 8 | 42 | 55 | | | 4 | | 43 | | | | **153** |
| CLSC HAUTES-LAURENTIDES | 9 | 6 | | 14 | | | 2 | 1 | 88 | 11 | | | **164** |
| CLSC JEAN-OLIVIER-CHÉNIER | | 177 | 1 | 15 | 1 | 1 | 17 | | 127 | | 1 | | **340** |
| CLSC-CHSLD DES PAYS-D'EN-HAUT | 51 | 7 | 2 | 83 | | | 11 | 1 | 50 | | 1 | | **206** |
| CLSC-CHSLD THÉRÈSE-DE-BLAINVILLE | | 73 | | 123 | | 5 | 68 | 2 | 209 | | 2 | 1 | **483** |
| CLSC-CHSLD DES TROIS VALLÉES | 77 | 2 | 1 | 86 | | | | 1 | 42 | | | | **211** |
| **Total** | **145** | **279** | **48** | **786** | **1** | **7** | **122** | **8** | **652** | **11** | **5** | **1** | **2 100** |

*Les chirurgies incluent les hospitalisations en chirurgie et les chirurgies d'un jour
source de données : APR-DRG, MSSS 2002-2003

## Chirurgies pour le cancer du sein (CIM-9 = 174) selon le territoire local de résidence de la personne et le CH de l'hospitalisation, 2002-2003

| Territoire de CLSC de la personne | Centre De Mont-Laurier | CH-CLSC-CHSLD des Sommets | Centre Hospitalier Saint-Eustache | Établissement de santé d'Argenteuil | Hotel-Dieu de Saint-Jérôme | Lanaudière | Laval | Montérégie | Montréal-Centre | Outaouais | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CLSC ARTHUR-BUIES | | 1 | 5 | | 78 | | 8 | 1 | 18 | | **111** |
| CLSC D'ARGENTEUIL | | | 7 | 8 | 2 | | | | 4 | | **21** |
| CLSC HAUTES-LAURENTIDES | 14 | 5 | 5 | | | | | 1 | 4 | 5 | **34** |
| CLSC JEAN-OLIVIER-CHÉNIER | | | 60 | | 1 | | 3 | | 13 | | **77** |
| CLSC-CHSLD DES PAYS-D'EN-HAUT | | 17 | 4 | | 3 | | 5 | | 3 | | **32** |
| CLSC-CHSLD THÉRÈSE-DE-BLAINVILLE | | | 35 | | 23 | 3 | 14 | 2 | 35 | | **112** |
| CLSC-CHSLD DES TROIS VALLÉES | 2 | 30 | 2 | | 1 | | | | 8 | | **43** |
| **Total** | **16** | **53** | **118** | **8** | **108** | **3** | **30** | **4** | **85** | **5** | **430** |

*Les chirurgies incluent les hospitalisations en chirurgie et les chirurgies d'un jour
source de données : APR-DRG, MSSS 2002-2003

## Chirurgies pour le cancer de la prostate (CIM-9 = 185 à 189) selon le territoire local de de la personne et le CH de l'hospitalisation, 2002-2003

| Territoire de CLSC de la personne | CH-CLSC-CHSLD des Sommets | Centre Hospitalier Saint-Eustache | Établissement de santé d'Argenteuil | Hotel-Dieu de Saint-Jérôme | Lanaudière | Laval | Montréal-Centre | Outaouais | Québec | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CLSC ARTHUR-BUIES | | | | 133 | 1 | 4 | 6 | | | **144** |
| CLSC D'ARGENTEUIL | | | 9 | 30 | | 1 | 9 | | | **49** |
| CLSC HAUTES-LAURENTIDES | | 1 | | 2 | | 2 | 34 | 3 | | **42** |
| CLSC JEAN-OLIVIER-CHÉNIER | | 41 | | 6 | | 10 | 12 | | | **69** |
| CLSC-CHSLD DES PAYS-D'EN-HAUT | | 3 | | 53 | | 5 | 16 | | 1 | **78** |
| CLSC-CHSLD THÉRÈSE-DE-BLAINVILLE | | 10 | | 44 | 1 | 12 | 33 | | 1 | **101** |
| CLSC-CHSLD DES TROIS VALLÉES | 2 | | 1 | 56 | | | 7 | | | **66** |
| **Total** | **2** | **55** | **10** | **324** | **2** | **34** | **117** | **3** | **2** | **549** |

*Les chirurgies incluent les hospitalisations en chirurgie et les chirurgies d'un jour
source de données : APR-DRG, MSSS 2002-2003

**Hospitalisations pour le cancer du poumon (CIM-9 = 162, 163 et 165) selon le territoire local de résidence de la personne et le CH (ou région de traitement) de l'hospitalisation, 2002-2003**

| Territoire de CLSC de la personne | Centre De L'Annonciation | Centre De Mont-Laurier | CH-CLSC-CHSLD des Sommets | Centre Hospitalier Saint-Eustache | Établissement de santé d'Argenteuil | Hotel-Dieu de Saint-Jérôme | Laval | Montérégie | Montréal-Centre | Outaouais | Québec | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CLSC ARTHUR-BUIES | | | | 1 | 1 | 167 | 1 | 2 | 15 | | 1 | **188** |
| CLSC D'ARGENTEUIL | | | | | 20 | 31 | 2 | | 9 | | | **62** |
| CLSC HAUTES-LAURENTIDES | 10 | 27 | | | | 8 | | | 26 | 1 | | **72** |
| CLSC JEAN-OLIVIER-CHÉNIER | | | | 44 | 2 | 3 | | | 43 | | | **92** |
| CLSC-CHSLD DES PAYS-D'EN-HAUT | | | 10 | 1 | 2 | 24 | 1 | 1 | 6 | | | **45** |
| CLSC-CHSLD THÉRÈSE-DE-BLAINVILLE | | | | 32 | | 41 | 16 | | 49 | | | **138** |
| CLSC-CHSLD DES TROIS VALLÉES | 15 | | 44 | | | 18 | 1 | | 2 | | | **80** |
| **Total** | **25** | **27** | **54** | **78** | **25** | **292** | **21** | **3** | **150** | **1** | **1** | **677** |

*source de données : APR-DRG, MSSS 2002-2003

Dans un deuxième temps nous vous fournissons la répartition des chirurgies oncologiques dans les établissements du territoire laurentidien mais aussi ailleurs dans la province, et ce, selon le territoire de résidence de la personne atteinte de cancer. Comme pour les tableaux des hospitalisations vous y trouverez des données pour l'ensemble des cancer mais également pour les quatre cancers les plus fréquents dans la population, le cancer du sein, le cancer de la prostate, le cancer colorectal et le cancer du poumon.

**Chirurgies pour l'ensemble des cancers (CIM-9 = 140 à 208, excluant 173) selon le territoire local de résidence de la personne et le CH de l'hospitalisation, 2002-2003**

| Territoire de CLSC de la personne | Centre De Mont-Laurier | CH-CLSC-CHSLD des Sommets | Centre Hospitalier Saint-Eustache | Établissement de santé d'Argenteuil | Hotel-Dieu de Saint-Jérôme | Abitibi-Témiscamingue | Lanaudière | Laval | Montérégie | Montréal-Centre | Outaouais | Québec | Saguenay-Lac-Saint-Jean | **Total** |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CLSC ARTHUR-BUIES | | 7 | 6 | 2 | 410 | | 1 | 20 | 3 | 93 | | 1 | | **543** |
| CLSC D'ARGENTEUIL | | 1 | 8 | 42 | 55 | | | 4 | | 43 | | | | **153** |
| CLSC HAUTES-LAURENTIDES | 33 | 9 | 6 | | 14 | | | 2 | 1 | 88 | 11 | | | **164** |
| CLSC JEAN-OLIVIER-CHÉNIER | | | 177 | 1 | 15 | 1 | 1 | 17 | | 127 | | 1 | | **340** |
| CLSC-CHSLD DES PAYS-D'EN-HAUT | | 51 | 7 | 2 | 83 | | | 11 | 1 | 50 | | 1 | | **206** |
| CLSC-CHSLD THÉRÈSE-DE-BLAINVILLE | | | 73 | | 123 | | 5 | 68 | 2 | 209 | | 2 | 1 | **483** |
| CLSC-CHSLD DES TROIS VALLÉES | 2 | 77 | 2 | 1 | 86 | | | | 1 | 42 | | | | **211** |
| **Total** | **35** | **145** | **279** | **48** | **786** | **1** | **7** | **122** | **8** | **652** | **11** | **5** | **1** | **2 100** |

*Les chirurgies incluent les hospitalisations en chirurgie et les chirurgies d'un jour
source de données : APR-DRG, MSSS 2002-2003

## Chirurgies pour le cancer du sein (CIM-9 = 174) selon le territoire local de résidence de la personne et le CH de l'hospitalisation, 2002-2003

| Territoire de CLSC de la personne | Centre De Mont-Laurier | CH-CLSC-CHSLD des Sommets | Centre Hospitalier Saint-Eustache | Établissement de santé d'Argenteuil | Hotel-Dieu de Saint-Jérôme | Lanaudière | Laval | Montérégie | Montréal-Centre | Outaouais | **Total** |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CLSC ARTHUR-BUIES | | 1 | 5 | | 78 | | 8 | 1 | 18 | | **111** |
| CLSC D'ARGENTEUIL | | | 7 | 8 | 2 | | | | 4 | | **21** |
| CLSC HAUTES-LAURENTIDES | 14 | 5 | 5 | | | | | 1 | 4 | 5 | **34** |
| CLSC JEAN-OLIVIER-CHÉNIER | | | 60 | | 1 | | 3 | | 13 | | **77** |
| CLSC-CHSLD DES PAYS-D'EN-HAUT | | 17 | 4 | | 3 | | 5 | | 3 | | **32** |
| CLSC-CHSLD THÉRÈSE-DE-BLAINVILLE | | | 35 | | 23 | 3 | 14 | 2 | 35 | | **112** |
| CLSC-CHSLD DES TROIS VALLÉES | 2 | 30 | 2 | | 1 | | | | 8 | | **43** |
| **Total** | **16** | **53** | **118** | **8** | **108** | **3** | **30** | **4** | **85** | **5** | **430** |

*Les chirurgies incluent les hospitalisations en chirurgie et les chirurgies d'un jour
source de données : APR-DRG, MSSS 2002-2003

## Chirurgies pour le cancer de la prostate (CIM-9 = 185 à 189) selon le territoire local de de la personne et le CH de l'hospitalisation, 2002-2003

| Territoire de CLSC de la personne | CH-CLSC-CHSLD des Sommets | Centre Hospitalier Saint-Eustache | Établissement de santé d'Argenteuil | Hotel-Dieu de Saint-Jérôme | Lanaudière | Laval | Montréal-Centre | Outaouais | Québec | **Total** |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CLSC ARTHUR-BUIES | | | | 133 | 1 | 4 | 6 | | | **144** |
| CLSC D'ARGENTEUIL | | | 9 | 30 | | 1 | 9 | | | **49** |
| CLSC HAUTES-LAURENTIDES | | 1 | | 2 | | 2 | 34 | 3 | | **42** |
| CLSC JEAN-OLIVIER-CHÉNIER | | 41 | | 6 | | 10 | 12 | | | **69** |
| CLSC-CHSLD DES PAYS-D'EN-HAUT | | 3 | | 53 | | 5 | 16 | | 1 | **78** |
| CLSC-CHSLD THÉRÈSE-DE-BLAINVILLE | | 10 | | 44 | 1 | 12 | 33 | | 1 | **101** |
| CLSC-CHSLD DES TROIS VALLÉES | 2 | | 1 | 56 | | | 7 | | | **66** |
| **Total** | **2** | **55** | **10** | **324** | **2** | **34** | **117** | **3** | **2** | **549** |

*Les chirurgies incluent les hospitalisations en chirurgie et les chirurgies d'un jour
source de données : APR-DRG, MSSS 2002-2003

## Chirurgies pour le cancer colorectal (CIM-9 = 153, 154 et 158) selon le territoire local de résidence de la personne et le CH de l'hospitalisation, 2002-2003

| Territoire de CLSC de la personne | Centre De Mont-Laurier | CH-CLSC-CHSLD des Sommets | Centre Hospitalier Saint-Eustache | Établissement de santé d'Argenteuil | Hotel-Dieu de Saint-Jérôme | Lanaudière | Laval | Montérégie | Montréal-Centre | Outaouais | Saguenay-Lac-Saint-Jean | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CLSC ARTHUR-BUIES | | 2 | | | 59 | | 2 | | 4 | | | **67** |
| CLSC D'ARGENTEUIL | | | | 17 | | | | | | | | **17** |
| CLSC HAUTES-LAURENTIDES | 11 | 1 | | | 1 | | | | 8 | 2 | | **23** |
| CLSC JEAN-OLIVIER-CHÉNIER | | | 41 | | 3 | | | | 2 | | | **46** |
| CLSC-CHSLD DES PAYS-D'EN-HAUT | | 24 | | 1 | 4 | | | | 6 | | | **35** |
| CLSC-CHSLD THÉRÈSE-DE-BLAINVILLE | | | 14 | | 11 | 1 | 22 | | 10 | | 1 | **59** |
| CLSC-CHSLD DES TROIS VALLÉES | | 24 | | | | | | 1 | | | | **25** |
| **Total** | **11** | **51** | **55** | **18** | **78** | **1** | **24** | **1** | **30** | **2** | **1** | **272** |

*Les chirurgies incluent les hospitalisations en chirurgie et les chirurgies d'un jour
source de données : APR-DRG, MSSS 2002-2003

## Chirurgies pour le cancer du poumon (CIM-9 = 162, 163 et 165) selon le territoire local de résidence de la personne et le CH de l'hospitalisation, 2002-2003

| Territoire de CLSC de la personne | Centre De Mont-Laurier | CH-CLSC-CHSLD des Sommets | Centre Hospitalier Saint-Eustache | Établissement de santé d'Argenteuil | Hotel-Dieu de Saint-Jérôme | Montérégie | Montréal-Centre | Québec | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CLSC ARTHUR-BUIES | | | | | 62 | | 8 | 1 | **71** |
| CLSC D'ARGENTEUIL | | | | 3 | 18 | | 5 | | **26** |
| CLSC HAUTES-LAURENTIDES | 2 | | | | 4 | | 24 | | **30** |
| CLSC JEAN-OLIVIER-CHÉNIER | | | | | | | 33 | | **33** |
| CLSC-CHSLD DES PAYS-D'EN-HAUT | | 1 | | 1 | 10 | 1 | 4 | | **17** |
| CLSC-CHSLD THÉRÈSE-DE-BLAINVILLE | | | 4 | | 20 | | 32 | | **56** |
| CLSC-CHSLD DES TROIS VALLÉES | | 4 | | | 18 | | 2 | | **24** |
| **Total** | **2** | **5** | **4** | **4** | **132** | **1** | **108** | **1** | **257** |

*Les chirurgies incluent les hospitalisations en chirurgie et les chirurgies d'un jour
source de données : APR-DRG, MSSS 2002-2003

## La chimiothérapie

Dans les Laurentides, la chimiothérapie n'est offerte que dans trois établissements; l'Hôtel-Dieu de Saint-Jérôme, le CH-CLSC-CHSLD Des Sommets et le CH et CR Antoine-Labelle. Plusieurs CLSC de la région, notamment Arthur-Buies, Thérèse-de-Blainville, Argenteuil et Trois-Vallées peuvent offrir la chimiothérapie à domicile.

## La radiothérapie

Bien qu'un projet de centre de radiothérapie à l'Hôtel-Dieu de Saint-Jérôme a été déposé au MSSS en 1999, il n'existe pas encore de service de radio-oncologie dans la région des Laurentides. En 2001, les 975 personnes pour lesquelles un médecin radio-oncologue a facturé au moins un traitement de radiothérapie, tous diagnostics confondus, ont été traité majoritairement dans les établissements montréalais. Plus particulièrement, 47 % de ces personnes ont reçu leurs traitements à l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont, 22 % à l'Hôpital Notre-Dame du Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM), 14 % à L'Hôtel-Dieu du CHUM et 9 % à l'Hôpital général de Montréal. Le 8 % excédentaires de ces personnes ont été traitées dans d'autres centres hospitaliers de Montréal, de Québec, de Trois-Rivières et de l'Outaouais.

**Personnes traitées en radio-oncologie par département de radio-oncologie pour la région de résidence des Laurentides, 2001**[143]

| Région de résidence | CHRR | CHS | CHUQ (HDQ) | CHRTR | CHUS | CHUM (HND) | CHUM (HDM) | CUSM (HGM) | CUSM (HRV) | HGJ | HMR | CHVO | Total Québec | Ontario |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Laurentides | * | * | 9 | 8 | * | 218 | 137 | 87 | 9 | 39 | 455 | 9 | 975 | * |

* Chiffre inférieur à 5.
CHRR : Centre hospitalier régional de Rimouski ;
CHS : Complexe hospitalier de la Sagamie ;
CHUQ (HDQ) : Centre hospitalier universitaire de Québec (Hôtel-Dieu de Québec) ;
CHRTR : Centre hospitalier régional de Trois-Rivières ;
CHUS : Centre hospitalier de l'universitaire de Sherbrooke ;
CHUM : Centre hospitalier de l'Université de Montréal ; HND : Hôpital Notre-Dame ; HDM : Hôtel-Dieu de Montréal ;
CUSM : Centre universitaire de santé McGill ; HGM : Hôpital général de Montréal ; HRV : Hôpital Royal Victoria ;
HGJ : Hôpital général juif Sir Mortimer B. Davis ;
HMR : Hôpital Maisonneuve-Rosemont ;
CHVO : Centre hospitalier des Vallées de l'Outaouais.
Source : Fichier des services médicaux, RAMQ, 2003.

Afin de mieux connaître l'accès aux services de radio-oncologie, le MSSS a mis au point un indicateur[144] : il s'agit de la proportion des personnes atteintes du cancer pouvant bénéficier d'un traitement en radiothérapie. La figure ci-dessous nous indique, qu'en 2001, l'indicateur portant sur l'accès aux services

[143] MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Programme québécois de lutte contre le cancer, La lutte contre le cancer dans les régions du Québec, Un premier bilan*, Québec 2003, 392 pages, page 21.

[144] L'indicateur correspond au nombre de patients traités en radiothérapie transcutanée et en curithérapie par année civile divisé par le nombre de nouveau cas prévus. Pour calculer ce dernier nombre, on a multiplié le taux d'incidence brut (par âge et par sexe) par les projections démographiques provenant du recensement de 1996. Quant au taux d'incidence, les mêmes taux par âge et par sexe sont appliqués à toutes les régions sociosanitaires. Source : François Grenier, Direction des affaires médicales et universitaires, MSSS. Cité dans MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Programme québécois de lutte contre le cancer, La lutte contre le cancer dans les régions du Québec, Un premier bilan*, Québec 2003, 392 pages, page 81.

## Chirurgies pour le cancer colorectal (CIM-9 = 153, 154 et 158) selon le territoire local de résidence de la personne et le CH de l'hospitalisation, 2002-2003

| Territoire de CLSC de la personne | Centre De Mont-Laurier | CH-CLSC-CHSLD des Sommets | Centre Hospitalier Saint-Eustache | Établissement de santé d'Argenteuil | Hotel-Dieu de Saint-Jérôme | Lanaudière | Laval | Montérégie | Montréal-Centre | Outaouais | Saguenay-Lac-Saint-Jean | **Total** |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CLSC ARTHUR-BUIES | | 2 | | | 59 | | 2 | | 4 | | | **67** |
| CLSC D'ARGENTEUIL | | | | 17 | | | | | | | | **17** |
| CLSC HAUTES-LAURENTIDES | 11 | 1 | | | 1 | | | | 8 | 2 | | **23** |
| CLSC JEAN-OLIVIER-CHÉNIER | | | 41 | | 3 | | | | 2 | | | **46** |
| CLSC-CHSLD DES PAYS-D'EN-HAUT | | 24 | | 1 | 4 | | | | 6 | | | **35** |
| CLSC-CHSLD THÉRÈSE-DE-BLAINVILLE | | | 14 | | 11 | 1 | 22 | | 10 | | 1 | **59** |
| CLSC-CHSLD DES TROIS VALLÉES | | 24 | | | | | | 1 | | | | **25** |
| **Total** | **11** | **51** | **55** | **18** | **78** | **1** | **24** | **1** | **30** | **2** | **1** | **272** |

* Les chirurgies incluent les hospitalisations en chirurgie et les chirurgies d'un jour
source de données : APR-DRG, MSSS 2002-2003

## Chirurgies pour le cancer du poumon (CIM-9 = 162, 163 et 165) selon le territoire local de résidence de la personne et le CH de l'hospitalisation, 2002-2003

| Territoire de CLSC de la personne | Centre De Mont-Laurier | CH-CLSC-CHSLD des Sommets | Centre Hospitalier Saint-Eustache | Établissement de santé d'Argenteuil | Hotel-Dieu de Saint-Jérôme | Montérégie | Montréal-Centre | Québec | **Total** |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CLSC ARTHUR-BUIES | | | | | 62 | | 8 | 1 | **71** |
| CLSC D'ARGENTEUIL | | | | 3 | 18 | | 5 | | **26** |
| CLSC HAUTES-LAURENTIDES | 2 | | | | 4 | | 24 | | **30** |
| CLSC JEAN-OLIVIER-CHÉNIER | | | | | | | 33 | | **33** |
| CLSC-CHSLD DES PAYS-D'EN-HAUT | | 1 | | 1 | 10 | 1 | 4 | | **17** |
| CLSC-CHSLD THÉRÈSE-DE-BLAINVILLE | | | 4 | | 20 | | 32 | | **56** |
| CLSC-CHSLD DES TROIS VALLÉES | | 4 | | | 18 | | 2 | | **24** |
| **Total** | **2** | **5** | **4** | **4** | **132** | **1** | **108** | **1** | **257** |

* Les chirurgies incluent les hospitalisations en chirurgie et les chirurgies d'un jour
source de données : APR-DRG, MSSS 2002-2003

## La chimiothérapie

Dans les Laurentides, la chimiothérapie n'est offerte que dans trois établissements; l'Hôtel-Dieu de Saint-Jérôme, le CH-CLSC-CHSLD Des Sommets et le CH et CR Antoine-Labelle. Plusieurs CLSC de la région, notamment Arthur-Buies, Thérèse-de-Blainville, Argenteuil et Trois-Vallées peuvent offrir la chimiothérapie à domicile.

## La radiothérapie

Bien qu'un projet de centre de radiothérapie à l'Hôtel-Dieu de Saint-Jérôme a été déposé au MSSS en 1999, il n'existe pas encore de service de radio-oncologie dans la région des Laurentides. En 2001, les 975 personnes pour lesquelles un médecin radio-oncologue a facturé au moins un traitement de radiothérapie, tous diagnostics confondus, ont été traité majoritairement dans les établissements montréalais. Plus particulièrement, 47 % de ces personnes ont reçu leurs traitements à l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont, 22 % à l'Hôpital Notre-Dame du Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM), 14 % à L'Hôtel-Dieu du CHUM et 9 % à l'Hôpital général de Montréal. Le 8 % excédentaires de ces personnes ont été traitées dans d'autres centres hospitaliers de Montréal, de Québec, de Trois-Rivières et de l'Outaouais.

**Personnes traitées en radio-oncologie par département de radio-oncologie pour la région de résidence des Laurentides, 2001**[143]

| Région de résidence | CHRR | CHS | CHUQ (HDQ) | CHRTR | CHUS | CHUM (HND) | CHUM (HDM) | CUSM (HGM) | CUSM (HRV) | HGJ | HMR | CHVO | Total Québec | Ontario |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Laurentides | * | * | 9 | 8 | * | 218 | 137 | 87 | 9 | 39 | 455 | 9 | 975 | * |

* Chiffre inférieur à 5.
CHRR : Centre hospitalier régional de Rimouski ;
CHS : Complexe hospitalier de la Sagamie ;
CHUQ (HDQ) : Centre hospitalier universitaire de Québec (Hôtel-Dieu de Québec) ;
CHRTR : Centre hospitalier régional de Trois-Rivières ;
CHUS : Centre hospitalier de l'universitaire de Sherbrooke ;
CHUM : Centre hospitalier de l'Université de Montréal ; HND : Hôpital Notre-Dame ; HDM : Hôtel-Dieu de Montréal ;
CUSM : Centre universitaire de santé McGill ; HGM : Hôpital général de Montréal ; HRV : Hôpital Royal Victoria ;
HGJ : Hôpital général juif Sir Mortimer B. Davis ;
HMR : Hôpital Maisonneuve-Rosemont ;
CHVO : Centre hospitalier des Vallées de l'Outaouais.
Source : Fichier des services médicaux, RAMQ, 2003.

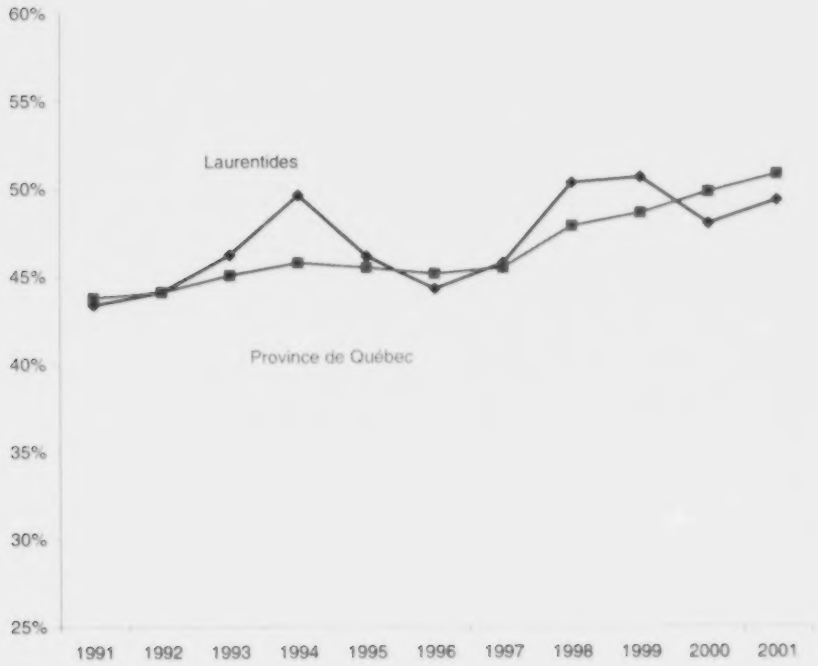
Afin de mieux connaître l'accès aux services de radio-oncologie, le MSSS a mis au point un indicateur[144] ; il s'agit de la proportion des personnes atteintes du cancer pouvant bénéficier d'un traitement en radiothérapie. La figure ci-dessous nous indique, qu'en 2001, l'indicateur portant sur l'accès aux services

[143] MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Programme québécois de lutte contre le cancer. La lutte contre le cancer dans les régions du Québec. Un premier bilan*, Québec 2003, 392 pages, page 21.

[144] L'indicateur correspond au nombre de patients traités en radiothérapie transcutanée et en curithérapie par année civile divisé par le nombre de nouveau cas prévus. Pour calculer ce dernier nombre, on a multiplié le taux d'incidence brut (par âge et par sexe) par les projections démographiques provenant du recensement de 1996. Quant au taux d'incidence, les mêmes taux par âge et par sexe sont appliqués à toutes les régions sociosanitaires. Source : François Grenier, Direction des affaires médicales et universitaires, MSSS. Cité dans MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Programme québécois de lutte contre le cancer. La lutte contre le cancer dans les régions du Québec. Un premier bilan*, Québec 2003, 392 pages, page 81.

en radiothérapie pour les personnes provenant des Laurentides augmente et atteint 49 %, assez près du taux provincial de 51 %.

**Proportion des cas de cancer traités en radiothérapie de 1991 à 2001, région des Laurentides**




Source : Fichier des services médicaux, RAMQ, 2002.

## Annexe I A Questionnaire sur l'organisation du travail en oncologie : printemps 2003

### QUESTIONNAIRE DESTINÉ AUX ÉTABLISSEMENTS

**IDENTIFICATION**

*NOM :*

*PRÉNOM :*

*FONCTION*
administrateur
infirmière
médecin
pharmacien
psychologue
travailleur social
autre, précisez

*TÉLÉPHONE :*

*TÉLÉCOPIEUR :*

*COURIER ÉLECTRONIQUE :*

***ÉTABLISSEMENT :***
Centre hospitalier et centre de réadaptation Antoine-Labelle
Annonciation
Mont-Laurier
Centre hospitalier Laurentien
Centre hospitalier Saint-Eustache
Hôtel-Dieu de Saint-Jérôme
CLSC et Hôpital Argenteuil
CLSC Arthur-Buies
CLSC Hautes-Laurentides
CLSC Jean-Olivier-Chénier
CLSC-CHSLD Des Pays-d'en-Haut
CLSC-CHSLD Thérèse-de-Blainville
CLSC-CHSLD Des Trois-Vallées
CHSLD Deux-Montagnes Inc.
CHSLD Boisé Sainte-Thérèse Inc.
Résidence de Lachute
CHSLD de la Rivière du Nord
CHSLD de la Rive et de Mirabel
Manoir Oka Inc.
Société en commandite Centre d'accueil l'Ermitage
Villa Soleil

## ORGANISATION DU TRAVAIL

***1- DANS VOTRE ÉTABLISSEMENT, LES CAS SUSPECTÉS DE CANCER SONT-ILS JUGÉS PRIORITAIRES POUR ACCÉDER À UN SPÉCIALISTE EN CLINIQUE EXTERNE?***

oui, précisez de quelle manière
non
ne s'applique pas

***2- EN MOYENNE, QUEL EST LE DÉLAI POUR ACCÉDER À UN SPÉCIALISTE?***

dans la semaine
dans la semaine suivante
dans les deux semaines suivantes
dans les trois semaines suivantes
autre, précisez
ne s'applique pas

***3- DANS VOTRE ÉTABLISSEMENT, AVEZ-VOUS UNE CLINIQUE EXTERNE D'HÉMATO-ONCOLOGIE?***

oui
non

***4-SI OUI, COMBIEN DE JOURS PAR SEMAINE EST-ELLE DISPONIBLE POUR LA CLIENTÈLE?***

1 4 7
2 5
3 6

***5- DANS VOTRE ÉTABLISSEMENT, AVEZ-VOUS UNE UNITÉ D'HÉMATO-ONCOLOGIE?***

oui
non

***6- DANS VOTRE ÉTABLISSEMENT, DES CHIRURGIENS OPÈRENT-ILS DES CAS DE CANCER?***

oui, combien de chirurgiens
non

***7- DANS VOTRE ÉTABLISSEMENT, Y A-T-IL UNE ÉQUIPE INTERDISCIPLINAIRE[145] EN ONCOLOGIE?***

oui
non

[145] Nous entendons par interdisciplinarité un véritable travail d'équipe effectué en étroite collaboration, ou chacun des membres a un rôle dans le continuum des soins et ce, sans duplication avec les autres intervenants de l'équipe. Les membres de l'équipe parviennent à une vue d'ensemble leur permettant de planifier, déterminer les priorités et décider en commun des objectifs et des interventions. Chacun prépare son plan d'intervention mais on s'entend en équipe pour une action concertée et coordonnée. Dans une équipe interdisciplinaire, le porte-parole pourrait être l'intervenant pivot.

***8- SI OUI, DEPUIS COMBIEN DE TEMPS EST-ELLE FONCTIONNELLE?***

moins d'un an depuis 3 ans
depuis 1 an depuis 4 ans
depuis 2 ans plus de 5 ans

***9- QUELS TYPES D'INTERVENANT EN FONT PARTIE?***

| | *DE MANIÈRE RÉGULIÈRE* | *DE MANIÈRE PONCTUELLE* |
|---|---|---|
| infirmière | | |
| intervenant pivot[146] | | |
| agent de liaison | | |
| omnipraticien | | |
| oncologue | | |
| chirurgien | | |
| pharmacien | | |
| psychologue | | |
| travailleur social | | |
| agent de pastorale | | |
| nutritionniste | | |
| ergothérapeute | | |
| physiothérapeute | | |
| inhalothérapeute | | |
| intervenant d'un CLSC | | |
| intervenant d'un CHSLD | | |
| intervenant d'un organisme communautaire | | |
| bénévoles | | |
| autre, précisez | | |

***10- SI NON, COMPTEZ-VOUS EN CONSTITUER UNE BIENTÔT?***

oui
non

***11- DANS VOTRE ÉTABLISSEMENT, AVEZ-VOUS UNE ÉQUIPE MULTIDISCIPLINAIRE[147] EN ONCOLOGIE?***

oui
non

***12- AVEZ-VOUS DANS VOTRE CLSC UNE ÉQUIPE INTERDISCIPLINAIRE DE SOINS À DOMICILE?***

oui, précisez quels types d'intervenants en font partie
non (passez à la question 18)
ne s'applique pas (passez à la question 18)

---

[146] Un intervenant pivot est une personne qui agit à titre de ressource facilement accessible pour la personne atteinte de cancer et ses proches, et ce, dès l'annonce du diagnostic. Ce type d'intervenant offre soutien et information, de plus elle assure la continuité et la coordination des soins.

[147] Nous entendons par multidisciplinarité le fait que chaque professionnel accomplit sa tâche de manière indépendante. Chaque personne représente sa propre discipline, fait ses propres évaluations, fixe ses propres objectifs, rédige ses rapports, implante sa programmation et assure le suivi. Dans une rencontre multidisciplinaire, chaque professionnel transmet l'information propre à sa discipline.

***13- SI OUI, CES MEMBRES ONT-ILS UNE EXPERTISE CIBLÉE POUR INTERVENIR EN ONCOLOGIE OU EN SOINS PALLIATIFS?***
oui
non

***14- DES RENCONTRES FORMELLES DE VOTRE ÉQUIPE INTERDISCIPLINAIRE ONT-ELLES LIEU?***
oui
non

***15- À QUELLE FRÉQUENCE?***
à toutes les semaines au mois
à toutes les 2 semaines autre fréquence, précisez
à toutes les 3 semaines

***16- QUELS SONT LES SUJETS À L'ORDRE DU JOUR?***
révision de tous les cas révision des cas litigieux
réorganisation du travail autre, précisez

***17- L'ÉQUIPE INTERDISCIPLINAIRE INTERVIENT À QUELLE(S) PHASE(S) DU CONTINUUM CANCER?***
annonce du diagnostic
chimiothérapie
chirurgie
radio-oncologie
suivi
soins palliatifs
suivi de deuil

***18- COMMENT SE FAIT L'ANNONCE DU DIAGNOSTIC?***
par téléphone
par écrit
en personne
en personne avec un proche
en personne avec une infirmière ou un intervenant pivot
en personne avec un psychologue
en personne avec un proche et un intervenant (infirmière, intervenant pivot ou psychologue)
autre, précisez
ne s'applique pas

***19- LES CLSC DE VOTRE TERRITOIRE SONT-ILS IMPLIQUÉS DANS LE SUIVI DE LA PERSONNE?***
oui, précisez à l'intérieur de quel délai
non

***20- À QUELLE(S) ÉTAPE(S) SONT-ILS IMPLIQUÉS?***
annonce du diagnostic
traitement
suivi
soins palliatifs
suivi de deuil

***21- QUELS SONT LES SERVICES OFFERTS PAR LE CLSC?***
services médicaux 24/7
soins infirmiers 24/7
répit/gardiennage
soins d'hygiène
préparation des repas
ménage/lessive
approvisionnement
soutien individuel
soutien de groupe
séance d'information
documentation/information
prêt d'équipement
visite à l'hôpital
traitement à domicile
aide pour le transport
autre, précisez
ne sais pas

***22- DE FAÇON GÉNÉRALE, DANS QUEL DÉLAI LE CLSC OFFRE LES SERVICES SUIVANTS?***
délai pour les services médicaux
délai pour les soins infirmiers
délai pour les services psychosociaux
délai pour les services de réadaptation
délai pour le soutien à domicile (hygiène, repas, etc)

***23- EXISTE-T-IL À VOTRE CLSC UNE TROUSSE D'URGENCE POUR LE SOULAGEMENT DE LA DOULEUR***
oui, précisez son contenu
non
ne sais pas

***24- LES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES DU TERRITOIRE SONT IMPLIQUÉS?***
oui, précisez lesquels
non

***25- À QUELLE(S) ÉTAPE(S) SONT-ILS IMPLIQUÉS?***
annonce du diagnostic
traitement
suivi
soins palliatifs
suivi de deuil

***26- QUELS TYPES DE SERVICES CES GROUPES COMMUNAUTAIRES OFFRENT-ILS AUX PERSONNES ATTEINTES?***
soutien individuel
soutien de groupe
séance d'information
documentation/information
prêt d'équipement
visite à l'hôpital
accompagnement à domicile
aide pour le transport
aide pour les travaux domestiques
autre, précisez
ne sais pas

***27- COMMENT SE FONT LES RÉFÉRENCES POUR CES GROUPES COMMUNAUTAIRES?***
courrier ou télécopieur
informatique
téléphonique
autre, précisez

***28- LE MÉDECIN DE FAMILLE REÇOIT-IL L'INFORMATION PERTINENTE EN COURS DE TRAITEMENT (RÉSUMÉ DE DOSSIER, RAPPORT D'EXAMEN, ETC...)?***
oui, précisez
parfois, précisez
non
ne s'applique pas

***29- LE MÉDECIN DE FAMILLE REÇOIT-IL L'INFORMATION PERTINENTE LORSQUE LA PERSONNE ATTEINTE DE CANCER A TERMINÉ SES TRAITEMENTS (RÉSUMÉ DE DOSSIER, RAPPORT D'EXAMEN, ETC...)?***
oui, précisez
parfois, précisez
non
ne s'applique pas

***30- EN COURS DE TRAITEMENT, SI LA PERSONNE ATTEINTE A UNE COMPLICATION, PEUT-ELLE ACCÉDER À UN SERVICE AUTRE QUE CELUI DE L'URGENCE?***
oui, précisez
non

***31- COMPTEZ-VOUS SUR LES SERVICES D'UN INTERVENANT PIVOT?***
oui
non

***32- SI OUI, QUI REMPLIT CE MANDAT?***
médecin
infirmière
psychologue
travailleur social
autre, spécifiez

***33- L'INTERVENANT PIVOT, OU TOUT AUTRE INTERVENANT, PROCÈDE-T-IL À UNE ÉVALUATION SYSTÉMATIQUE DE LA PERSONNE ATTEINTE DE CANCER?***
oui, précisez
non

***34- REMETTEZ-VOUS À CHAQUE PERSONNE ATTEINTE DE CANCER?***
journal de bord
fiche de traitements oncologiques
autre, précisez
aucun outil

***35- SI NON, COMPTEZ-VOUS DÉVELOPPER UN TEL OUTIL?***
oui
non
ne s'applique pas

***36- LE SOUTIEN EST-IL OFFERT DÈS L'ANNONCE DU DIAGNOSTIC?***
oui
non
parfois
ne s'applique pas

***37- QUELS TYPES D'INTERVENANT OFFRENT LE SOUTIEN?***
infirmière
intervenant pivot
agent de liaison
médecin
psychologue
travailleur social
agent de pastorale
bénévole
autre, précisez
ne s'applique pas

***38- LES PROCHES SONT-ILS IMPLIQUÉS DANS LE SOUTIEN?***
oui
non
parfois

***39- DE L'INFORMATION ÉCRITE ET AUTRES RÉFÉRENCES SONT-ELLES REMISES À LA PERSONNE ATTEINTE ET À SES PROCHES?***
oui, précisez lesquelles
non
parfois, précisez lesquelles

***40- RÉFÉREZ-VOUS LES PERSONNES AUX GROUPES D'ENTRAIDE DE LEUR COMMUNAUTÉ?***
oui, précisez lesquels
non
parfois, précisez lesquels

***41- QUELS TYPES DE CONSULTATION AUPRÈS D'UN PROFESSIONNEL SONT DISPONIBLES DANS VOTRE ÉTABLISSEMENT?***
psychologue
pharmacien
travailleur social
physiothérapeute
nutritionniste
inhalothérapeute
ergothérapeute
autre, précisez

***42- UN SOUTIEN SPIRITUEL OU RELIGIEUX EST-IL OFFERT À LA PERSONNE ATTEINTE ET À SES PROCHES?***
oui
non
parfois

***43- POUR AVOIR ACCÈS À DES TRAITEMENTS SPÉCIALISÉS (CHIMIO, RADIO-ONCOLOGIE), AVEZ-VOUS DES ENTENTES DE SERVICES AVEC D'AUTRES CENTRES HOSPITALIERS?***
oui, par corridors formels de services interétablissements
oui, par corridors informels de services interétablissements
autre, précisez
ne s'applique pas

***44- PRÉCISEZ POUR QUEL(S) TYPE(S) DE SERVICES?***
chimiothérapie standard ou plus complexe
radiothérapie
autre, précisez
ne s'applique pas

***45- EN MOYENNE, LES TRAITEMENTS DE CHIMIOTHÉRAPIE DÉBUTENT COMBIEN DE JOURS APRÈS L'ANNONCE DU DIAGNOSTIC?***

moins de 5 jours
de 5 à 10 jours
de 10 à 15 jours
15 jours et plus
ne s'applique pas

***46- COMMENT S'EFFECTUE L'AIDE AU TRANSPORT LORSQUE DES TRAITEMENTS DE CHIMIOTHÉRAPIE OU DE RADIO-ONCOLOGIE DOIVENT AVOIR LIEU DANS UN AUTRE ÉTABLISSEMENT LOIN DU LIEU DE RÉSIDENCE DE LA PERSONNE ATTEINTE?***

avec des organismes communautaires, précisez lesquels
    avez-vous signé des ententes avec ces organismes?
    oui
    non
avec des bénévoles de l'hôpital
autre, précisez
aucune aide n'est offerte
ne s'applique pas

***47- COMMENT S'EFFECTUE LE SUIVI POST-TRAITEMENT?***

des consultations aux 6 mois pour une durée déterminée par l'oncologue
des consultations déterminées par l'oncologue à perpétuité
des consultations aux 6 mois pour un an avec l'oncologue, transfert au médecin de famille par la suite
autre, précisez
ne s'applique pas

***48- AU SEIN DE VOTRE ÉTABLISSEMENT, Y A-T-IL UNE UNITÉ DE SOINS PALLIATIFS?***

oui
non

***49- AU SEIN DE VOTRE ÉTABLISSEMENT, Y A-T-IL DES LITS DÉDIÉS AUX SOINS PALLIATIFS?***

oui, précisez combien
non

***50- OFFREZ-VOUS DU SOUTIEN EN PHASE PALLIATIVE?***

oui
non

***51- AU SEIN DE VOTRE ÉTABLISSEMENT, Y A-T-IL UNE ÉQUIPE INTERDISCIPLINAIRE LORS DE LA PHASE PALLIATIVE?***

oui
non

***52- AU SEIN DE VOTRE ÉTABLISSEMENT, Y A-T-IL UNE ÉQUIPE MULTIDISCIPLINAIRE LORS DE LA PHASE PALLIATIVE?***

oui
non

***53- QUELS TYPES D'INTERVENANTS SONT MEMBRES DE CETTE ÉQUIPE?***

| | *DE MANIÈRE RÉGULIÈRE* | *DE MANIÈRE PONCTUELLE* |
|---|---|---|
| infirmière | | |
| intervenant pivot | | |
| agent de liaison | | |
| médecin | | |
| pharmacien | | |
| psychologue | | |
| travailleur social | | |
| agent de pastorale | | |
| nutritionniste | | |
| ergothérapeute | | |
| physiothérapeute | | |
| inhalothérapeute | | |
| intervenant d'un CH | | |
| intervenant d'un CHSLD | | |
| intervenant d'un organisme communautaire | | |
| bénévoles | | |
| autre, précisez | | |
| ne s'applique pas | | |

***54- EST-CE QUE L'ÉQUIPE INTERDISCIPLINAIRE EN ONCOLOGIE DEMANDE L'EXPERTISE DE L'ÉQUIPE DE SOINS PALLIATIFS POUR LE SOULAGEMENT DE LA DOULEUR?***

souvent
quelques fois
rarement
jamais
ne s'applique pas

***55- À VOTRE CONNAISSANCE, Y A-T-IL D'AUTRES RESSOURCES À PART LE CENTRE HOSPITALIER QUI OFFRENT DES SERVICES D'HÉBERGEMENT TEMPORAIRE OU DES SERVICES DE SOINS PALLIATIFS?***

CHSLD, précisez lesquels
maisons de soins palliatifs, précisez lesquelles
autre, précisez

***56- AU SEIN DE VOTRE ÉTABLISSEMENT, UN SOUTIEN EN PÉRIODE DE DEUIL EST-IL OFFERT AUX PROCHES?***

oui
non

***57- AU SEIN DE VOTRE ÉTABLISSEMENT, UNE GARDE CLINIQUE 24H SUR 24H 7 JOURS SUR 7 EST-ELLE DISPONIBLE EN PHASE TRAITEMENT OU PALLIATIVE?***
oui, précisez laquelle
non

***58- SI OUI, QUELS TYPES D'INTERVENANT SONT DISPONIBLES?***
oncologue
médecin
infirmière
pharmacien
autre, précisez

***59- Y A-T-IL DES ACTIVITÉS DE FORMATION EN ONCOLOGIE OFFERTES AUX INTERVENANTS DANS VOTRE ÉTABLISSEMENT?***
oui
non

***60- SI OUI, À QUELLE FRÉQUENCE CETTE FORMATION EST-ELLE OFFERTE?***
mensuelle
trimestrielle
semestrielle
annuelle
autre, précisez

***61- SI NON, SOUHAITEZ-VOUS EN DÉVELOPPER?***
oui
non

***62- DES INTERVENANTS DE VOTRE ÉTABLISSEMENT PARTICIPENT-ILS À DE LA RECHERCHE EN ONCOLOGIE?***
oui
non

***63- SI OUI, DANS QUELLE DISCIPLINE?***
recherche clinique en oncologie
recherche clinique en pathologie oncologique
recherche clinique en psychologie
recherche clinique en pharmacie
recherche clinique en soins infirmiers
recherche clinique en sciences sociales
autre, précisez

***64- LES INTERVENANTS DE VOTRE ÉTABLISSEMENT UTILISENT-ILS DES GUIDES DE PRATIQUE?***
oui, précisez lesquels
non

*65- SI OUI, DANS QUELLE DISCIPLINE?*
soulagement de la douleur
protocole de chimiothérapie
procédures chirurgicales
gestion des symptômes
autre, précisez

*66- SI NON, SOUHAITERIEZ-VOUS EN AVOIR À VOTRE DISPOSITION?*
oui
non

***S'IL-VOUS-PLAÎT, NOUS RETOURNER LE QUESTIONNAIRE PAR COURRIEL À L'ADRESSE SUIVANTE :***
***rene_lefebvre@ssss.gouv.qc.ca***
***AVANT LE 20 JUIN 2003***
***Pour toute autre information additionnelle communiquez avec Isabelle Trépanier au 450 436 8622 poste 3276***
***MERCI DE VOTRE COLLABORATION!***

# ANNEXE II PROFIL DE LA RÉGION DES LAURENTIDES : DONNÉES SOCIOSANITAIRES

## Introduction

Cette deuxième annexe est consacrée au profil sociosanitaire de la région laurentidienne. On y retrouve de nombreux tableaux et figures présentant les caractéristiques de notre région et de sa population ayant toutes un lien avec la problématique du cancer. Voici donc la liste des thèmes qui sont abordés.

- Principales caractéristiques des sept territoires de CLSC ;
- Population des Laurentides et sa répartition sur le territoire;
- Perception de l'état de santé;
- Espérance de vie à la naissance;
- Habitudes de vie et maladies chroniques;
  - tabagisme
  - consommation d'alcool
  - consommation de fruits et légumes
  - fréquence des activités physiques
  - indice de masse corporelle
- Activités de dépistage;
  - taux de participation au Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS)
  - test de Papanicolaou (PAP)
  - antigène spécifique prostatique
- Taux ajusté d'incidence du cancer pour les quatre principaux sièges tumoraux (sein, poumon, colon-rectum, prostate);
- Taux ajusté de mortalité pour les quatre principaux sièges tumoraux (sein, poumon, colon-rectum, prostate);
- Les cancers pédiatriques.

## Principales caractéristiques des sept territoires de CLSC

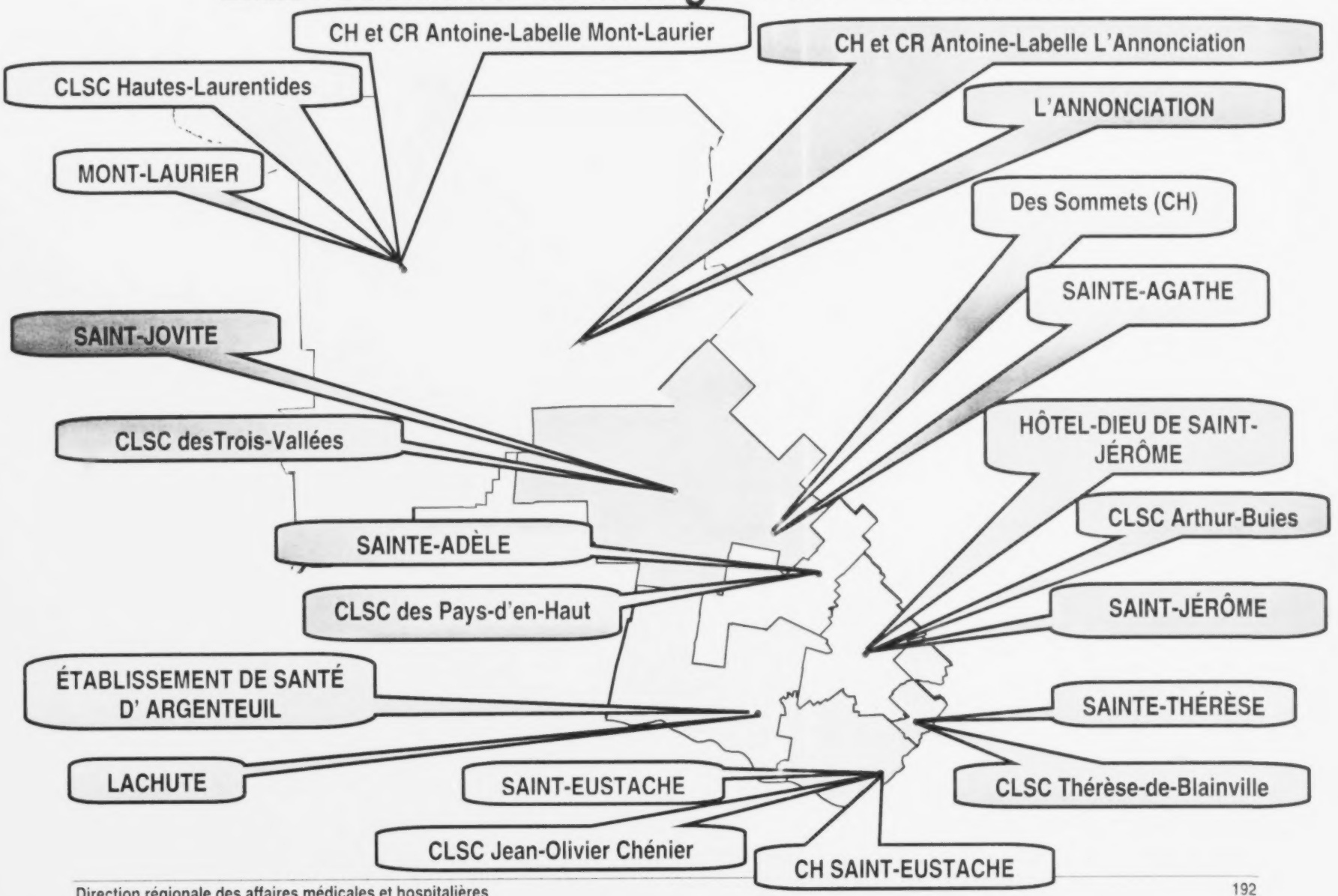
Pour mieux comprendre les besoins spécifiques de la région des Laurentides, il convient d'en connaître certaines caractéristiques. Il s'agit d'un territoire vaste et diversifié, qui s'étend de la banlieue nord de Montréal jusqu'aux portes de l'Abitibi. Il n'est donc pas étonnant d'y retrouver une gamme variée de contextes et de réalités. En fait, on y distingue trois grandes zones: le sud, suburbain et industriel, qui s'inscrit dans la grande région de Montréal; le centre, diversifié, où activités industrielles, agricoles et récréotouristiques se côtoient; et le nord, essentiellement rural, exploitant un potentiel récréotouristique et forestier.

Avec une population qui s'élevait à 474 890 habitants en 2001, la région des Laurentides vient au cinquième rang des régions sociosanitaires du Québec pour ce qui est du nombre de ses habitants. La densité de la population décroît du sud au nord, passant de 624 habitants par $km^2$ dans le territoire de CSLC Thérèse-de-Blainville (sud) à 6 habitants par km2 dans le territoire de CSLC Hautes-Laurentides (nord). En 2004, la région des Laurentides compte 491 934 personnes. Le territoire de CLSC le plus populeux est Thérèse-de-Blainville avec 139 726 personnes et celui ayant la population la moins élevée est Argenteuil avec 29 616 habitants.[148]

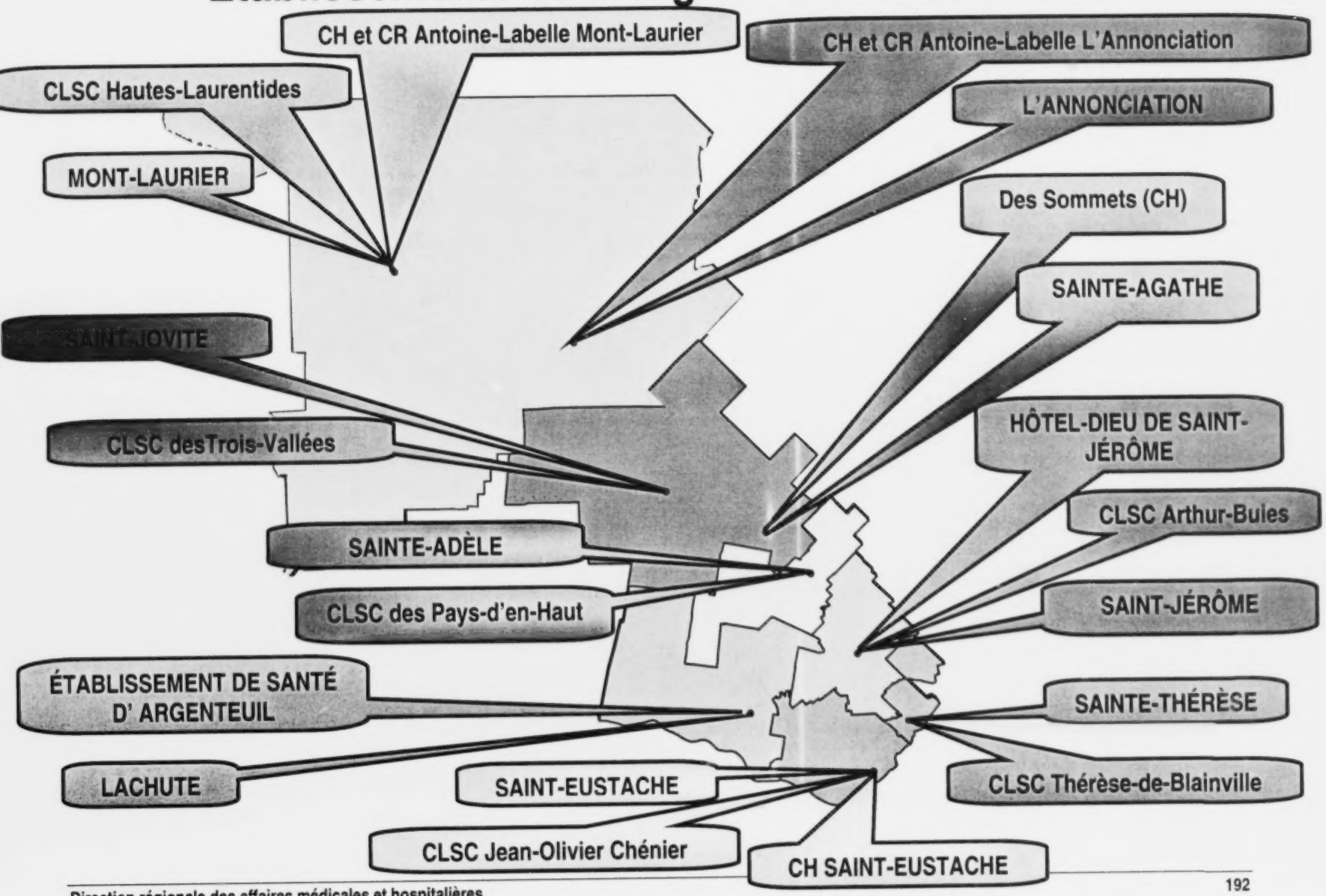
À la page suivante vous pourrez consulter la carte des Laurentides et la répartition des centres hospitaliers et des CLSC.

[148] AGENCE DE DÉVELOPPEMENT DE RÉSEAUX LOCAUX DE SERVICES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DES LAURENTIDES, Direction régionale de santé publique, *Mise à jour des données sociosanitaires de la région des Laurentides et des territoires de CLSC*, Fascicule 1-Démographie : dimension sociale et économie, Février 2004, page 3.

# Établissements de la région des Laurentides



# Établissements de la région des Laurentides



Voici plus en détails les principales caractéristiques des 7 territoires de CLSC des Laurentides et les Municipalités régionales de comptés (MRC) correspondantes[149].

**Territoire du CLSC des Hautes-Laurentides** (MRC d'Antoine-Labelle)

Se situe à l'extrême nord de la région des Laurentides, occupe une superficie de 5,800 km$^2$ dont la population totale est de 35 020 habitants (données 2001). Se distingue des autres territoires de la région par son étendue géographique, par son caractère essentiellement rural et une activité économique centrée sur l'exploitation forestière et les activités touristiques de « grande nature» (réserves fauniques, pourvoiries, etc.)

C'est une population dont les habitudes d'échanges, de communication et de consommation se situent principalement dans ce territoire. Les services des autres acteurs intersectoriels concernés par l'offre de service préventif et général destiné à la population sont organisés en fonction des limites géographiques de ce territoire ce qui facilitera un réseautage entre eux.

Il y a présence dans le territoire d'un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés de courte durée qui réalise 85,3 % des hospitalisations de niveau 1 requises par les habitants de ce territoire. Les médecins en cabinet privé ont des comportements de référence clairement établis vers les plateaux techniques disponibles dans le centre hospitalier de ce territoire. Le CH et CR Antoine-Labelle regroupe plusieurs missions (centre hospitalier de soins généraux et spécialisés, centre hospitalier de soins de longue durée, centre de réadaptation en déficience intellectuelle et centre de réadaptation en santé mentale); un processus de fusion entre le CLSC des Hautes-Laurentides et le CH et CR Antoine-Labelle est en voie d'actualisation.

**Territoire du CH-CLSC-CHSLD Des Sommets** (MRC des Laurentides)

Se situe dans la partie nord de la région des Laurentides et s'étend sur une large superficie de 2,488 km $^2$ dont la population est de 39 762 habitants (données 2001). Cinquième territoire en importance de la région qui présente une géographie pittoresque (lacs, montagnes) et la présence de parcs à vocation récréotouristiques, l'activité économique y est fortement concentrée dans le secteur du tourisme. L'habitat du territoire est essentiellement de type rural avec deux zones de villégiature importantes, soit Sainte-Agathe et Mont-Tremblant. Ce territoire voit sa population doubler durant les périodes de villégiature : population résidente : 39 762 (données 2001) population saisonnière : + 29 817 (estimation 2002) pour un total de 69 579 en saison touristique.

En ce qui concerne la population résidente permanente, elle a des habitudes d'échanges, de communication et de consommation qui se situent principalement dans ce territoire. Les services des autres acteurs intersectoriels destinés à la population sont organisés en fonction des limites géographiques de ce territoire ce qui facilitera un réseautage entre eux.

Il y a présence dans le territoire d'un établissement avec des missions de centre hospitalier de soins généraux et spécialisés, de centre local de services communautaires, et de centre d'hébergement et de

[149] AGENCE DE DÉVELOPPEMENT DE RÉSEAUX LOCAUX DE SERVICES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DES LAURENTIDES, *La mise en place des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux des Laurentides. Définition de territoires et désignation des instances locales*, Février 2004, pp. 5-11.

soins de longue durée. La mission hospitalière réalise 83,5 % des hospitalisations de niveau 1 requises par la population locale. Les médecins en cabinet privé de ce territoire ont des comportements de référence clairement établis vers les plateaux techniques disponibles dans le centre hospitalier de ce territoire.

**Territoire du CLSC-CHSLD des Pays-D'en-Haut** (MRC des Pays-d'en-Haut)

Situé au- delà de la couronne nord de Montréal, à la frontière est de la région des Laurentides, ce territoire s'étend sur une superficie de 690 km$^2$ dont la population est de 32 184 habitants (données 2001). Deuxième territoire moins peuplé de la région, son activité économique est fortement concentrée dans le secteur récréotouristique et ce, à cause de sa géographie de lacs et de montagnes. Ce territoire se caractérise par des habitats qui s'apparentent aux zones de villégiature (chalets) et aussi, à certains égards aux zones urbaines et suburbaines notamment dans les municipalités de Sainte-Adèle et de Saint-Sauveur des Monts.

Aucun centre hospitalier de soins généraux et spécialisés n'est présent sur le territoire. Les habitudes de consommation de la population de ce territoire face à des services d'hospitalisation de premier niveau illustrent que les habitants de ce territoire vont vers le centre hospitalier de Sainte-Agathe dans une proportion de 51,6 %, vers le centre hospitalier de Saint-Jérôme dans une proportion de 29,0 % et hors région pour le reste.

Les médecins en cabinet privé de Sainte-Adèle et des municipalités situées au nord de celles-ci ont davantage l'habitude de référer vers le centre hospitalier de Sainte-Agathe alors que ceux situés dans les municipalités de Saint-Sauveur, Piedmont, réfèrent davantage vers le centre hospitalier de Saint-Jérôme. Il faut noter qu'il y a des modifications au niveau de la population de cette MRC laquelle est grandement influencée par une population saisonnière (touristes) : population résidente : 32 184 (données 2001) population saisonnière : + 20 219 (estimation 2002) pour un total de 52 403 en saison touristique.

**Territoire du CLSC Arthur-Buies et CHSLD de la Rivière du Nord** (MRC de la Rivière du Nord et partie nord de la MRC de Mirabel)

Situé au-delà de la couronne nord de Montréal, ce territoire s'étend sur une superficie de 636 km$^2$ dont la population est de 106 772 habitants (données 2001). Deuxième territoire en importance dans la région il se distingue des autres territoires de la région par la diversité de ses habitats : zone urbanisée au centre Saint-Jérôme et une zone de type rurale, comme par exemple Saint-Hippolyte.

La population de ce territoire a des habitudes d'échanges, de communication et de consommation qui se situent principalement dans ce territoire. Les services des autres acteurs intersectoriels sont organisés en fonction des limites géographiques de ce territoire ce qui facilite un réseautage entre eux.

Une particularité propre à ce territoire est la présence d'un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés ayant un mandat régional pour les hospitalisations de niveau 2. Le centre hospitalier de Saint-Jérôme réalise 84 % des hospitalisations de niveau 1 requise par la population du territoire Rivière du Nord et nord de Mirabel.

Le centre hospitalier Hôtel-Dieu de Saint-Jérôme est donc un centre hospitalier régional qui joue également un rôle de centre hospitalier de proximité pour la clientèle de la MRC Rivière du Nord et partie nord de Mirabel.

Les médecins en cabinet privé ont des habitudes de référence vers les plateaux techniques et les services hospitaliers de niveau 1 clairement identifiés vers Saint-Jérôme.

**Territoire du CLSC-CHSLD Thérèse-de-Blainville** (MRC de Thérèse-de-Blainville)

Situé au sud de la région des Laurentides, dans la couronne nord de Montréal. Même si ce territoire est le plus petit en superficie, 203 km$^2$, c'est là que la densité de la population est la plus élevée avec ses 134 013 habitants (données 2001), la MRC de Thérèse-de-Blainville est le territoire le plus peuplé de la région. Compte tenu de sa proximité avec Montréal, il comporte une activité économique fortement intégrée à celle de la métropole.

Il est plus difficile d'affirmer que cette population a des habitudes d'échanges, de communication et de consommation clairement définies à l'intérieur des limites géographiques de ce territoire.

Sur ce territoire, aucune présence d'un centre hospitalier de soins généraux. Le profil des habitudes de consommation des habitants de ce territoire pour des services d'hospitalisation de niveau local nous indique clairement qu'elles sont fragmentées entre trois pôles : 21,8 % des hospitalisations se réalisent à Saint-Jérôme, 35,5 % à Saint-Eustache, et 43,7 % à l'extérieur de la région des Laurentides. Du 43,7 % des hospitalisations réalisées à l'extérieur de la région, 22,6 % des hospitalisations sont réalisées par La Cité de la Santé de Laval.

Quant aux médecins en cabinet privé, leurs habitudes de référence vers les plateaux techniques et les services d'hospitalisations se répartissent de façon majoritaire vers le centre hospitalier le plus proche de leur lieu de pratique, soit : Laval, Saint-Eustache, et Saint-Jérôme sauf pour les médecins oeuvrant à Sainte-Thérèse qui réfèrent leurs patients de façon similaire vers le centre hospitalier de Saint-Eustache et le centre hospitalier de Saint-Jérôme.

**Territoire du CLSC Jean-Olivier-Chénier et CHSLD de la Rive et de Mirabel** (MRC de Deux-Montagnes et partie sud de la MRC de Mirabel)

Situé dans la partie sud de la région des Laurentides et faisant partie de la couronne nord de Montréal, ce territoire, avec une population de 98 030 habitants (données 2001), s'étend sur une superficie de 542 km$^2$.

Troisième territoire en importance de la région au plan de la population, il se caractérise par la variété de ses habitats (zones urbaines, suburbaines, rurales et de villégiature) mais aussi par la diversité de son activité économique, entre l'agriculture, l'activité commerciale, l'industrie manufacturière, le récréotourisme et les services professionnels.

La population de ce territoire a des habitudes de d'échanges, de communication et de consommation qui se situent principalement dans ce territoire. Les services des autres acteurs intersectoriels concernés par l'offre de service préventif et général destiné à la population sont organisés en fonction des limites géographiques de ce territoire ce qui facilite un réseautage entre eux.

Il y a présence dans le territoire d'un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés qui actualise 73 % des hospitalisations de niveau 1 requise par les habitants de ce territoire. Les médecins en cabinet privé de ce territoire ont des comportements de référence clairement établis vers les plateaux techniques disponibles dans le centre hospitalier de ce territoire.

**Territoire de l'Établissement de santé d'Argenteuil** (MRC d'Argenteuil)

Ce territoire se situe au sud-ouest de la région des Laurentides. Sa superficie est de 1259 km$^2$ avec une population de 29 105 habitants (données 2001); il s'agit du territoire le moins peuplé de la région.

Argenteuil présente la plus forte proportion de personnes de langue maternelle anglaise. Il se situe tout près de la frontière ontarienne ce qui tend à favoriser une consommation vers l'Ontario plutôt qu'au Québec. On peut donc constater un certain élément de fragilisation au niveau des habitudes d'échanges de consommation et de communication et souhaiter les maintenir au Québec. Au plan économique, les secteurs tertiaire (ex. : services) et primaire (ex. : agriculture) y occupent plus des trois quarts de l'activité industrielle.

## Population des Laurentides et sa répartition sur le territoire

**Répartition de la population selon le sexe en nombre, selon le territoire de CLSC, la région des Laurentides et le Québec, 2004**[150]

| Territoire de CLSC | Hommes | Femmes | Total |
|---|---|---|---|
| | n | | |
| Jean-Olivier-Chénier[1] | 50 349 | 50 766 | 101 115 |
| Thérèse-de-Blainville | 69 927 | 69 799 | 139 726 |
| Hautes-Laurentides | 17 887 | 17 159 | 35 046 |
| Arthur-Buies | 55 773 | 56 416 | 112 189 |
| Pays-d'en-Haut | 16 533 | 16 633 | 33 166 |
| Trois Vallées[2] | 20 519 | 20 557 | 41 076 |
| Argenteuil | 14 694 | 14 922 | 29 616 |
| Les Laurentides | 245 682 | 246 252 | 491 934 |
| Le Québec | 3 690 742 | 3 792 607 | 7 483 349 |

[1] Les données concernant la population des réserves de Kanesatake ne sont pas disponibles.
[2] Les données concernant la population de la réserve de Doncaster 17 ne sont pas disponibles.
Source : Institut de la statistique du Québec (2000), Perspectives démographiques des territoires de CLSC du Québec, 1996 à 2021

[150] AGENCE DE DÉVELOPPEMENT DE RÉSEAUX LOCAUX DE SERVICES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DES LAURENTIDES, Direction régionale de santé publique, *Mise à jour des données sociosanitaires de la région des Laurentides et des territoires de CLSC, Fascicule 1-Démographie : dimension sociale et économie*, Février 2004.

**Répartition de la population selon l'âge et le sexe en nombre, par le territoire de CLSC, la région des Laurentides et le Québec, 2004**

| Territoire de CLSC | Hommes | | | Femmes | | | Total | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 0-14 ans | 15-64 ans | 65+ ans | 0-14 ans | 15-64 ans | 65+ ans | 0-14 ans | 15-64 ans | 65+ ans |
| | n | | | n | | | n | | |
| Jean-Olivier-Chénier[1] | 10 718 | 35 847 | 3 784 | 10 113 | 35 555 | 5 098 | 20 831 | 71 402 | 8 882 |
| Thérèse-de-Blainville | 15 483 | 50 024 | 4 420 | 14 681 | 49 236 | 5 882 | 30 164 | 99 260 | 10 302 |
| Hautes-Laurentides | 2 650 | 12 445 | 2 792 | 2 639 | 11 559 | 2 961 | 5 289 | 24 004 | 5 753 |
| Arthur-Buies | 10 743 | 39 738 | 5 292 | 10 416 | 39 016 | 6 984 | 21 159 | 78 754 | 12 276 |
| Pays-d'en-Haut | 2 098 | 11 138 | 3 297 | 2 086 | 11 127 | 3 420 | 4 184 | 22 265 | 6 717 |
| Trois Vallées[2] | 3 062 | 14 017 | 3 440 | 2 886 | 13 857 | 3 814 | 5 948 | 27 874 | 7 254 |
| Argenteuil | 2 381 | 9 913 | 2 400 | 2 278 | 9 745 | 2 899 | 4 659 | 19 658 | 5 299 |
| Les Laurentides | 47 135 | 173 122 | 25 425 | 45 099 | 170 095 | 31 058 | 92 234 | 343 217 | 56 483 |
| Le Québec | 649 066 | 2 619 402 | 422 274 | 623 124 | 2 578 952 | 590 531 | 1 272 190 | 5 198 354 | 1 012 805 |

[1] Les données concernant la population des réserves de Kanesatake ne sont pas disponibles.
[2] Les données concernant la population de la réserve de Doncaster 17 ne sont pas disponibles.
Source : Institut de la statistique du Québec (2000), Perspectives démographiques des territoires de CLSC du Québec, 1996 à 2021

Entre 1991 et 2001, la population des Laurentides s'est accrue de 21,3 %, comparativement à 4,7 % pour l'ensemble du Québec (ISQ, 2002). Les projections démographiques laissent entrevoir un taux d'accroissement de la population de la région de 11,2 % entre 2001 et 2011, un taux plus de trois fois supérieur à celui de l'ensemble du Québec (prévu à 3,3 % pour la même période). Cette croissance devrait se manifester de façon marquée dans le centre de la région, particulièrement dans le territoire du CLSC Arthur-Buies (centre), où on s'attend à une augmentation de 15,1 % de la population. Dans le centre-nord (territoires du CLSC Pays-d'en-Haut et du CLSC des Trois-Vallées), où d'importants complexes récréotouristiques se sont développés, des dizaines de milliers de résidents saisonniers viennent gonfler les effectifs de la population locale. Par contre, la croissance démographique s'annonce presque nulle dans le nord, avec un taux prévu de 1,7 % pour le territoire du CLSC Hautes-Laurentides (nord).[151]

[151] AGENCE DE DÉVELOPPEMENT DE RÉSEAUX LOCAUX DE SERVICES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DES LAURENTIDES, Direction de santé publique, *Plan d'action régional en santé publique 2004-2007, Prévenir pour l'avenir*...DOCUMENT DE TRAVAIL, Version Février 2004, 66 pages.

## Perception de l'état de santé[152]

**Définition** : L'évaluation de l'état de santé résulte d'une perception personnelle. Il s'agit d'une auto-évaluation de l'état de santé général caractérisé non seulement par l'absence de maladie mais également par un bien-être physique, mental et social. La question posée est : « En général, diriez-vous que votre santé est...? ».

**Proportion de la population de 12 ans ou plus selon la perception de l'état de santé, la région des Laurentides et le Québec, 2000-2001**

| État de santé | Laurentides | Le Québec |
|---|---|---|
| | % | |
| Excellente | 29,7 | 28,3 |
| Très bonne | 35,1 | 32,9 |
| Bonne | 26,2 | 27,7 |
| Passable/mauvaise | 9,0 | 11,1 |
| Total | 100,0 | 100,0 |

Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), cycle 1.1 (2000-2001)

Une grande partie de la population de 12 ans ou plus des Laurentides estime que leur santé est de très bonne à excellente (64,8 %). Une proportion significativement plus faible de la population de 12 ans ou plus des Laurentides (9,0 %) que celle du Québec (11,1 %) trouve leur santé passable ou mauvaise.

## Espérance de vie à la naissance[153]

**Définition :** Nombre d'années additionnelles à vivre à la naissance. Dans le calcul de l'espérance de vie à la naissance, on fait parcourir tous les âges de la vie à un effectif arbitraire de nouveau-nés, en lui faisant subir à ces divers âges les probabilités de décéder qui ont été observées durant une période donnée.

[152] AGENCE DE DÉVELOPPEMENT DE RÉSEAUX LOCAUX DE SERVICES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DES LAURENTIDES, Direction régionale de santé publique, *Mise à jour des données sociosanitaires de la région des Laurentides et des territoires de CLSC, Fascicule 2-Naissance, Morbidité et Mortalité*, Février 2004, page 3.
[153] Ibid, pp. 5-6.

**Espérance de vie à la naissance, chez les hommes, selon le territoire de CLSC, la région des Laurentides et le Québec, 1986-1989 à 1997-1999**

| Territoire de CLSC | 1986-1989 | 1990-1993 | 1994-1996 | 1997-1999 |
|---|---|---|---|---|
| | Nombre d'années | | | |
| Jean-Olivier-Chénier | 72,5 | 74,3 | 74,3 | 75,5 |
| Thérèse-de-Blainville | 73,8 | 74,3 | 74,9 | 75,8 |
| Hautes-Laurentides | 71,5 | 72,0 | 72,5 | 74,9 |
| Arthur-Buies | 71,6 | 72,0 | 73,6 | 73,4 |
| Pays-d'en-Haut | 72,4 | 74,3 | 74,2 | 77,4 |
| Trois Vallées | 71,3 | 73,1 | 74,4 | 74,8 |
| Argenteuil | 70,8 | 72,9 | 73,0 | 73,8 |
| Les Laurentides | 72,3 | 73,5 | 74,2 | 75,0 |
| Le Québec | 72,5 | 73,7 | 74,5 | 75,2 |

Source : MSSS fichier des décès, 1986-1989 à 1997-1999

Un écart de 0,2 année se maintient entre l'espérance de vie des hommes du Québec et celle des hommes des Laurentides. L'espérance de vie des hommes des Laurentides, comme celle des hommes du Québec, a augmenté de 2,7 années entre 1986-1989 et 1997-1999. À l'échelle des territoires de CLSC, le gain le plus important a été fait dans Pays-d'en-Haut (5 années) et le plus faible dans Arthur-Buies (1,8 année).

**Espérance de vie à la naissance, chez les femmes, selon le territoire de CLSC, la région des Laurentides et le Québec, 1986-1989 à 1997-1999**

| Territoire de CLSC | 1986-1989 | 1990-1993 | 1994-1996 | 1997-1999 |
|---|---|---|---|---|
| | Nombre d'années | | | |
| Jean-Olivier-Chénier | 78,9 | 80,2 | 80,1 | 80,3 |
| Thérèse-de-Blainville | 80,9 | 80,6 | 81,4 | 80,6 |
| Hautes-Laurentides | 79,9 | 81,8 | 81,2 | 80,3 |
| Arthur-Buies | 79,6 | 80,3 | 79,5 | 79,2 |
| Pays-d'en-Haut | 79,4 | 80,1 | 81,6 | 81,6 |
| Trois Vallées | 79,3 | 79,9 | 79,5 | 81,8 |
| Argenteuil | 77,7 | 79,7 | 79,3 | 80,6 |
| Les Laurentides | 79,6 | 80,4 | 80,4 | 80,5 |
| Le Québec | 80,1 | 81,0 | 81,2 | 81,4 |

Source : MSSS, fichier des décès, 1986-1989 à 1997-1999

Bien qu'elle ait connu une certaine croissance entre 1986-1989 et 1997-1999, l'espérance de vie des femmes des Laurentides demeure inférieure (80,5 années) à celle des femmes du Québec (81,4 années). Pour la même période à l'échelle des territoires de CLSC, les variations ont évolué différemment : les femmes d'Argenteuil ont connu une croissance importante de leur espérance de vie avec un gain de 2,9 années, alors que les femmes de deux territoires de CLSC voient leur espérance de vie reculer (Arthur-Buies : -0,4 année et Thérèse-de-Blainville : -0,3 année).

## Habitudes de vie et maladies chroniques[154]

### *Le tabagisme*

*Les types de fumeurs*

| | |
|---|---|
| fumeurs réguliers : | consommation d'au moins une cigarette par jour pendant les 30 jours qui ont précédé l'enquête. |
| fumeurs occasionnels : | consommation d'au moins une cigarette au cours des 30 jours qui ont précédé l'enquête. |
| anciens fumeurs : | désigne les personnes qui auparavant fumaient quotidiennement ou occasionnellement et qui ne fument pas du tout. |
| n'a jamais fumé : | désigne les personnes qui n'ont jamais consommé toute une cigarette au cours de leur vie. |

On estime que près de 27,7 % des Laurentidiens de 12 ans ou plus fument régulièrement et que 39,6 % sont d'anciens fumeurs. Une proportion significativement inférieure de la population de 12 ans ou plus des Laurentides (29,3 %), par rapport à celle du Québec (32,8 %), n'a jamais fumé.

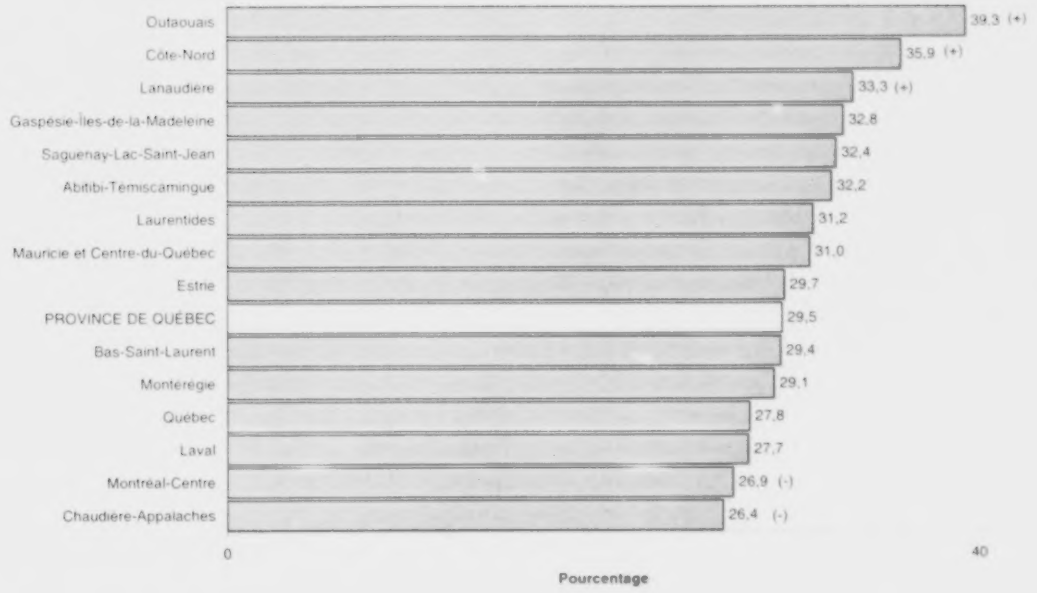
**Proportion de la population de 12 ans ou plus selon le type de fumeur, région des Laurentides et le Québec, 2000-2001**

| Type de fumeur | Laurentides | Le Québec |
|---|---|---|
| | % | |
| Fumeur régulier | 27,7 | 24,9 |
| Fumeur occasionnel | 3,5 | 4,6 |
| Ancien fumeur | 39,6 | 37,7 |
| N'a jamais fumé | 29,3 | 32,8 |
| Total | 100,0 | 100,0 |

Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), cycle 1.1 (2000-2001)

[154] AGENCE DE DÉVELOPPEMENT DE RÉSEAUX LOCAUX DE SERVICES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DES LAURENTIDES, Direction régionale de santé publique, *Mise à jour des données sociosanitaires de la région des Laurentides et des territoires de CLSC, Fascicule 4-Habitudes de vie et Maladies chroniques*, Février 2004, 33 pages.

## Proportion de fumeurs actuels de 12 ans et plus au Québec, 2000-2001[155]




*(+) (-) Valeurs significativement plus élevées ou plus faibles que celles de l'ensemble du Québec au seuil de 0,05.*
Source : *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Cycle 1.1, 2000-2001*, Statistique Canada.

## Proportion de la population de 12 ans ou plus selon le type de fumeur et selon le sexe, région des Laurentides, 2000-2001

| Type de fumeur | Hommes | Femmes |
|---|---|---|
| | % | |
| Fumeur régulier | 26,5 | 28,8 |
| Fumeur occasionnel | 4,4* | 2,6* |
| Ancien fumeur | 40,9 | 38,2 |
| N'a jamais fumé | 28,2 | 30,4 |
| Total | 100,0 | 100,0 |

Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), cycle 1.1 (2000-2001)
* Estimation marginale, coefficient de variation entre 16,6 % et 33,3 %, interpréter avec prudence

[155] MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Programme québécois de lutte contre le cancer. La lutte contre le cancer dans les régions du Québec. Un premier bilan*, Québec 2003, 392 pages, page 37.

**Proportion de la population de 12 ans ou plus selon le type de fumeur et selon le groupe d'âge, région des Laurentides, 2000-2001**

| Type de fumeur | 12-19 ans | 20-24 ans | 25- 44 ans | 45-64 ans | 65 ans + |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | % | | |
| Fumeur régulier | 21,4* | 24,0* | 31,1 | 32,5 | 13,3* |
| Fumeur occasionnel | ** | ** | 4,4* | ** | ** |
| Ancien fumeur | 18,7* | 22,6* | 33,6 | 50,6 | 61,1 |
| N'a jamais fumé | 54,4 | 44,2 | 30,9 | 15,7 | 24,2 |

Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), cycle 1.1 (2000-2001)
* Estimation marginale, coefficient de variation entre 16,6 % et 33,3 %, interpréter avec prudence
** Estimation inacceptable, coefficient de variation > 33,3 %

Bien que plusieurs estimations soient imprécises, des tests statistiques effectués sur des regroupements d'âges permettent de constater que la proportion de la population de 25 à 64 ans des Laurentides est significativement plus élevée (31,7 %) que celle de l'ensemble des autres groupes d'âge (19 %) à se déclarer fumeur régulier.

### Abandon de l'usage du tabac

**Définition** : délai depuis le moment où la personne a cessé de fumer jusqu'au moment de l'enquête. Les réponses concernent seulement les anciens fumeurs réguliers, c'est-à-dire ceux qui fumaient au moins une cigarette par jour.

**Proportion de la population de 12 ans ou plus selon le moment d'arrêt de l'usage du tabac chez les anciens fumeurs réguliers, région des Laurentides et le Québec, 2000-2001**

| Moment d'arrêt | Laurentides | Le Québec |
|---|---|---|
| | % | |
| Moins d'un an | 11,3 | 12,6 |
| 1-2 ans | 7,8 | 9,6 |
| 3-5 ans | 8,3 | 9,4 |
| Plus de 5 ans | 72,6 | 68,4 |
| Total | 100,0 | 100,0 |

Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), cycle 1.1 (2000-2001)

### Exposition à la fumée secondaire la plupart des jours

**Définition** : exposition à la fumée secondaire la plupart des jours parmi les non-fumeurs. La question posée est : «Au cours du dernier mois, avez vous été exposé à la fumée des autres la plupart des jours?».

**Proportion de la population de 12 ans ou plus non fumeuse selon l'exposition à la fumée secondaire la plupart des jours, région des Laurentides et le Québec, 2000-2001**

| Exposition | Laurentides | Le Québec |
|---|---|---|
| | % | |
| Oui | 42,9 | 34,4 |
| Non | 57,1 | 65,6 |
| Total | 100,0 | 100,0 |

Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), cycle 1.1 (2000-2001)

Les non fumeurs de 12 ans ou plus des Laurentides sont, dans une proportion significativement plus importante, exposés à la fumée secondaire la plupart des jours (42,9 %) que ceux du Québec (34,4 %).

**Proportion de la population de 12 ans ou plus non fumeuse étant exposée à la fumée secondaire la plupart des jours selon le sexe, région des Laurentides et le Québec, 2000-2001**

| Sexe | Laurentides | Le Québec |
|---|---|---|
| | % | |
| Hommes | 44,2 | 36,2 |
| Femmes | 41,6 | 32,7 |

Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), cycle 1.1 (2000-2001)

Comme pour le Québec, et en bien plus forte proportion, les hommes non-fumeurs de 12 ans ou plus des Laurentides sont davantage exposés à la fumée secondaire la plupart des jours (44,2 %) que les femmes non fumeuses de 12 ans ou plus (41,6 %).

**Proportion de la population de 12 ans ou plus non fumeuse étant exposée à la fumée secondaire la plupart des jours selon le groupe d'âge, région des Laurentides et le Québec, 2000-2001**

| Groupe d'âge | Laurentides | Le Québec |
|---|---|---|
| | % | |
| 12-19 ans | 56,5 | 50,1 |
| 20-24 ans | 57,5 | 47,9 |
| 25-44 ans | 42,1 | 35,1 |
| 45-64 ans | 43,2 | 32,3 |
| 65 ans + | 26,7 | 19,7 |

Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), cycle 1.1 (2000-2001)

C'est parmi les groupes d'âge de 25 à 44 ans et de 45 à 64 ans, que la population de 12 ans ou plus non fumeuse des Laurentides compte des proportions de personnes exposées à la fumée secondaire (42,1 % et 43,3 %) significativement plus importantes que celles du Québec (35,1 % et 32,3 %).

### Exposition à la fumée secondaire à la maison

**Définition** : fait de déclarer être exposé à la fumée secondaire à la maison parmi les non fumeurs qui sont exposés à la fumée secondaire la plupart des jours.

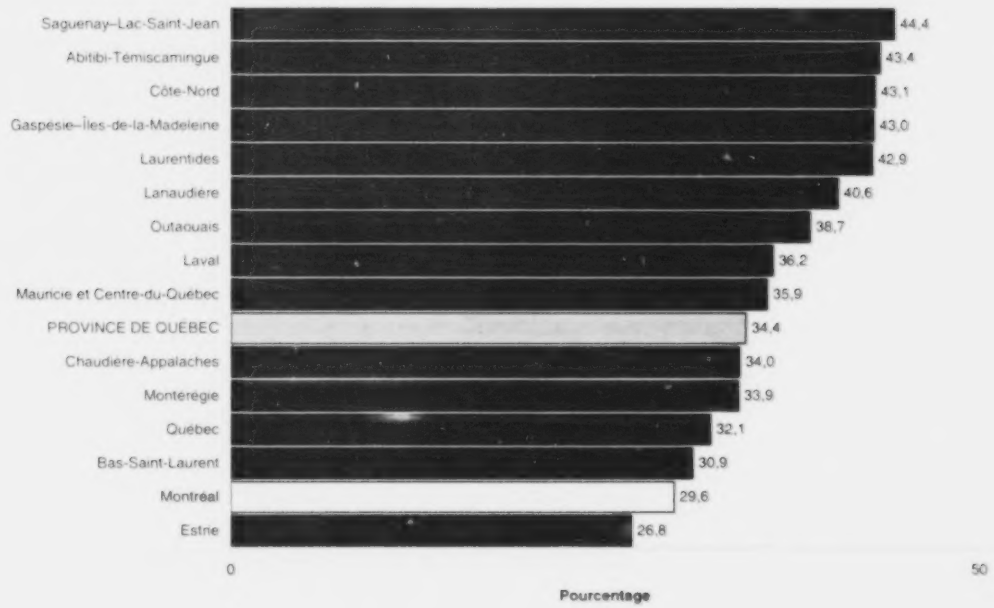
**Proportion de la population de 12 ans ou plus non fumeuse exposée à la fumée secondaire la plupart des jours selon l'exposition à la fumée secondaire à la maison au cours du dernier mois, région des Laurentides et le Québec, 2000-2001**

| Exposition | Laurentides | Le Québec |
|---|---|---|
| | % | |
| Oui | 55,1 | 50,3 |
| Non | 44,9 | 49,7 |
| Total | 100,0 | 100,0 |

Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), cycle 1.1 (2000-2001)

Plus de la moitié des non fumeurs des Laurentides, âgés de 12 ans ou plus des Laurentides (55,1 %), sont exposés à la fumée secondaire à la maison la plupart des jours.

**Proportion de non fumeurs de 12 ans et plus régulièrement exposés à la fumée secondaire au cours du mois précédant l'enquête, Québec, 2000-2001[156]**




(+) (-) Valeurs significativement plus élevées ou plus faibles que celles de l'ensemble du Québec au seuil de 0,05.
Source : *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, cycle 1.1, 2000-2001*, Statistique Canada.

## *La consommation d'alcool*

### Consommation de 5 verres ou plus d'alcool dans une même occasion

**Définition** : fait de déclarer avoir consommé 5 consommations d'alcool dans une même occasion au cours des 12 derniers mois précédant l'enquête.

[156] Loc. cit.

**Proportion de la population de 12 ans ou plus selon la fréquence de consommation de 5 verres ou plus d'alcool à une même occasion au cours des 12 derniers mois, région des Laurentides et le Québec, 2000-2001**

| Fréquence de consommation | Laurentides | Le Québec |
|---|---|---|
| | % | |
| Jamais | 57,0 | 59,0 |
| Moins d'une fois par mois | 25,2 | 22,8 |
| Une fois par mois | 6,5 | 6,6 |
| 2-3 fois par mois | 5,0 | 4,7 |
| Une fois par semaine | 4,0* | 4,7 |
| Plus d'une fois par semaine | 2,4* | 2,2 |
| Total | 100,0 | 100,0 |

Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), cycle 1.1 (2000-2001)
* Estimation marginale, coefficient de variation entre 16,6 % et 33,3 %, interpréter avec prudence

On ne constate aucun écart significatif entre les Laurentides et le Québec.

## *Consommation quotidienne de fruits et légumes*

**Définition** : et indice représente le nombre de personnes ayant déclaré avoir consommé moins de 5 portions ou 5 portions ou plus de fruits et de légumes par jour.

**Proportion de la population de 12 ans ou plus selon la consommation quotidienne de fruits et de légumes, région des Laurentides et le Québec, 2000-2001**

| Consommation de fruits et de légumes | Laurentides | Le Québec |
|---|---|---|
| | % | |
| Moins de 5 portions | 52,6 | 57,7 |
| 5 portions ou plus | 47,4 | 42,3 |
| Total | 100,0 | 100,0 |

Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), cycle 1.1 (2000-2001)

La proportion de la population de 12 ans ou plus des Laurentides qui déclare consommer 5 portions ou plus de fruits et de légumes par jour est significativement supérieure (47,4 %) à celle du Québec (42,3 %).

**Proportion de la population de 12 ans ou plus qui consomme moins de 5 portions de fruits et de légumes par jour selon le sexe, région des Laurentides et le Québec, 2000-2001**

| Sexe | Laurentides | Le Québec |
|---|---|---|
| | % | |
| Hommes | 60,8 | 63,9 |
| Femmes | 44,6 | 51,8 |

Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), cycle 1.1 (2000-2001)

La proportion des femmes de 12 ans ou plus des Laurentides qui consomment moins de 5 portions de fruits et de légumes par jour est significativement inférieure (44,6 %) à celle des femmes du Québec (51,8 %) et à celle des hommes des Laurentides (60,8 %).

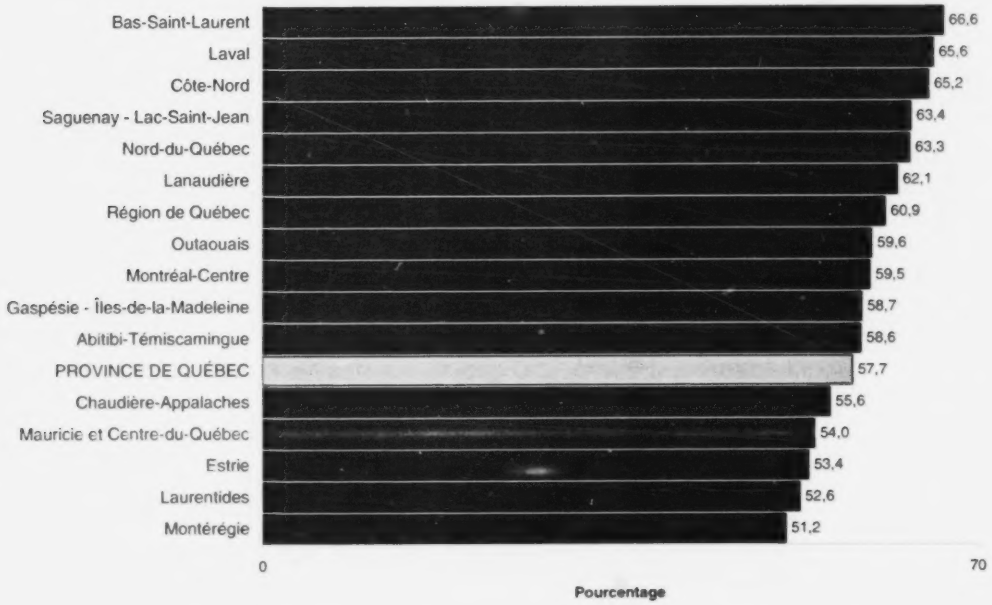
**Proportion de la population de 12 ans ou plus qui consomme moins de 5 portions de fruits et de légumes par jour selon le groupe d'âge, région des Laurentides et le Québec, 2000-2001**

| Groupe d'âge | Laurentides | Le Québec |
|---|---|---|
| | % | |
| 12-19 ans | 51,2 | 50,4 |
| 20-24 ans | 64,1 | 58,9 |
| 25-44 ans | 51,7 | 60,8 |
| 45-64 ans | 54,1 | 59,1 |
| 65 ans + | 47,0 | 52,3 |

Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), cycle 1.1 (2000-2001)

La proportion des personnes de 25 à 44 ans des Laurentides qui consomment moins de 5 portions de fruits et de légumes par jour est significativement inférieure (51,7 %) à celle du même groupe d'âge du Québec (60,8 %). À l'examen des données par groupe d'âge dans les Laurentides, on constate que les 20 à 24 ans présente une proportion significativement supérieure (64,1 %) à celle des autres groupes d'âge et que celle des 65 ans ou plus est significativement inférieure (47,0 %) à la proportion des autres groupes d'âges.

**Proportion de la population de 12 ans et plus consommant moins de cinq fruits et légumes par jour au Québec en 2000-2001[157]**




Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Cycle 1.1, 2000-2001, Statistique Canada.

## *Fréquence des activités physiques durant les loisirs*

**Définition** : les activités physiques comptabilisées dans le calcul de la fréquence sont celles pratiquées pour une période minimale de 16 à 30 minutes. Ce qui distingue les types de pratique (régulière, occasionnelle, peu fréquente) est le nombre de fois qu'une personne déclare avoir fait des activités physiques, toutes activités de loisirs confondues. La pratique régulière réfère à 12 fois par mois, la pratique occasionnelle varie de 4 à 11 fois par mois et la pratique peu fréquente équivaut à 3 fois ou moins par mois.

[157] MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Programme québécois de lutte contre le cancer, La lutte contre le cancer dans les régions du Québec, Un premier bilan*, Québec 2003, 392 pages, page 47.

**Proportion de la population de 12 ans ou plus selon la fréquence des activités physiques durant les loisirs au cours des trois derniers mois, région des Laurentides et le Québec, 2000-2001**

| Fréquence des activités | Laurentides | Le Québec |
|---|---|---|
| | % | |
| Régulière | 58,2 | 55,0 |
| Occasionnelle | 20,2 | 19,0 |
| Rare | 21,7 | 26,0 |
| Total | 100,0 | 100,0 |

Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), cycle 1.1 (2000-2001)

On constate que la proportion de la population de 12 ans ou plus des Laurentides qui déclare faire rarement des activités physiques de loisirs est significativement inférieure (21,7 %) à celle du Québec (26,0 %)

**Proportion de la population de 12 ans ou plus selon la fréquence des activités physiques durant les loisirs au cours des trois derniers mois et selon le sexe, région des Laurentides, 2000-2001**

| Fréquence des activités | Hommes | Femmes |
|---|---|---|
| | % | |
| Régulière | 60,2 | 56,3 |
| Occasionnelle | 18,1 | 22,1 |
| Rare | 21,7 | 21,6 |
| Total | 100,0 | 100,0 |

Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), cycle 1.1 (2000-2001)

On évalue que 60,2 % des hommes et que 56,3 % des femmes de 12 ans ou plus des Laurentides pratiquent régulièrement des activités physiques de loisirs.

## *Indice de masse corporelle*

**Définition** : l'indice de masse corporelle (IMC) est dérivé du rapport entre le poids (en kilogrammes) et le carré de la taille d'un individu (en mètres). Les normes ont été développées pour des individus en bonne santé âgés entre 20 et 64 ans qui ne présentent pas de condition physiologique particulière. Elles ne s'appliquent pas aux femmes enceintes ou celles qui allaitent. L'indice se répartit comme suit :

- Poids insuffisant (IMC< 20,0)
- Poids acceptable (normal) (20,0 ≤ IMC ≤ 24,9)
- Poids un peu excédentaire (léger surpoids) (25,0 ≤ IMC ≤ 27,0)
- Embonpoint (poids excessif) (IMC > 27,0)

**Proportion de la population de 20 à 64 ans présentant de l'embonpoint selon le groupe d'âge, région des Laurentides et le Québec, 2000-2001**

| Groupe d'âge | Laurentides | Le Québec |
|---|---|---|
| | % | |
| 20-24 ans | 25,9* | 15,9 |
| 25-44 ans | 28,6 | 27,1 |
| 45-64 ans | 33,0 | 35,5 |

Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), cycle 1.1 (2000-2001)
* Estimation marginale, coefficient de variation entre 16,6 % et 33,3 %, interpréter avec prudence.

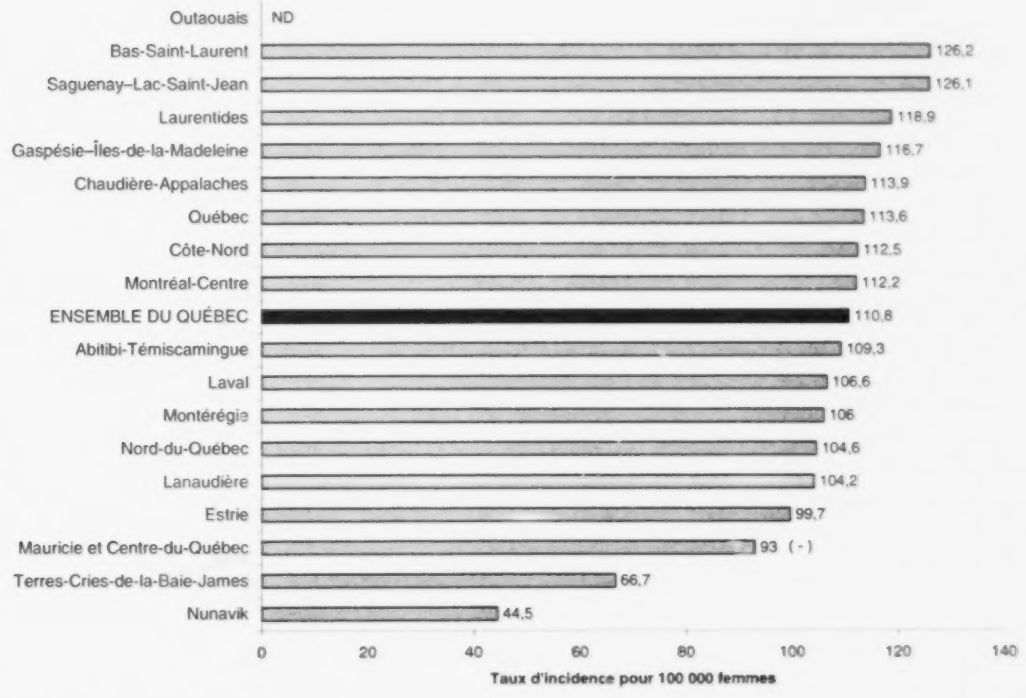
Signalons que la proportion de jeunes âgés de 20 à 24 ans des Laurentides présentant de l'embonpoint[158] est significativement supérieure (25,9 %) à celle du Québec (15,9 %).

## *Les activités de dépistage*

Avant de présenter les données relatives aux activités du Programme québécois de dépistage du cancer du sein pour notre région, voyons où se situe les Laurentides par rapport aux autres régions du Québec quant à l'incidence du cancer du sein.

[158] L'indice de masse corporelle (IMC) est dérivé du rapport entre le poids (en kilogrammes) et le carré de la taille d'un individu (en mètres), L'embonpoint (poids excessif) représente un IMC > 27,0.

**Taux ajusté d'incidence du cancer du sein selon la région, Québec, 1994-1998**[159]




(-) Valeur significativement plus faible que celle de l'ensemble du Québec au seuil de 0,05.
*ND Non disponible.*
Source : Fichier des tumeurs du Québec, MSSS, 2002.

***Taux de participation au Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS)***[160]

**Définition** : le taux de participation au PQDCS représente le nombre de femmes âgées de 50 à 69 ans des Laurentides ayant passé une mammographie de dépistage dans le cadre du programme et ayant consenti à y participer, sur l'ensemble de la population admissible de la région au cours d'une période de 24 mois.

**Taux de participation des femmes de 50 à 69 ans au Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS), pour une période de 24 mois, région des Laurentides et le Québec, 2000-2001**

| Période de 24 mois | Laurentides | Le Québec |
|---|---|---|
| | % | % |
| Janvier 2000 à décembre 2001 | 37,0 | 43,4 |

Source : Rapport d'activité 2000-2001 du Programme québecois de dépistage du cancer du sein, MSSS, 2003.

159 MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Programme québécois de lutte contre le cancer, La lutte contre le cancer dans les régions du Québec, Un premier bilan*, Québec 2003, 392 pages, page 58.
160 AGENCE DE DÉVELOPPEMENT DE RÉSEAUX LOCAUX DE SERVICES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DES LAURENTIDES, Direction régionale de santé publique, *Mise à jour des données sociosanitaires de la région des Laurentides et des territoires de CLSC, Fascicule 4-Habitudes de vie et Maladies chroniques*, Février 2004, pp 22-23.

On observe que le taux de participation de la population féminine visée des Laurentides est de 37 % alors que celui du Québec est de 43,4 %.

**Taux de participation des femmes de 50 à 69 ans au Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS) selon le territoire de CLSC de résidence, par période de 24 mois, région des Laurentides, 2000-2001 et 2001-2002**

| Territoire de CLSC | Janvier 2000 à décembre 2001 | Janvier 2001 à décembre 2002 |
|---|---|---|
| | % | % |
| Jean-Olivier-Chénier | 48,6 | 47,6 |
| Thérèse-de-Blainville | 43,9 | 45,6 |
| Hautes-Laurentides | 49,9 | 38,9 |
| Arthur-Buies | 46,3 | 47,5 |
| Pays-d'en-Haut | 21,5 | 22,7 |
| Trois Vallées | 7,6 | 7,9 |
| Argenteuil | 6,2 | 7,3 |

Sources : Système d'information du Programme québécois de dépistage du cancer du sein (SI-PQDCS), 31 décembre 2001 et 31 décembre 2002, région des Laurentides.
Fichier des femmes de 50 à 69 ans admissibles à la RAMQ, moyennes ajustées 2000-2001 et 2001-2002.

Dans les territoires de CLSC des Pays-d'en-Haut, des Trois Vallées et d'Argenteuil, les femmes n'ont pas encore été toutes invitées. Il faudra attendre en 2004 pour que toutes les femmes âgées entre 50 et 69 ans aient reçu une lettre d'invitation les incitant à participer au programme. Cela explique, du moins en partie, le faible taux de participation des femmes de ces territoires.

**Taux de participation des femmes au Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS) selon le territoire de CLSC de résidence et selon le groupe d'âge pour une période de 24 mois, région des Laurentides, 2001-2002**

| Territoire de CLSC | 50-54 ans | 55-59 ans | 60-64 ans | 65-69 ans |
|---|---|---|---|---|
| | % | | | |
| Jean-Olivier-Chénier | 48,7 | 50,0 | 46,8 | 41,6 |
| Thérèse-de-Blainville | 48,7 | 45,5 | 44,6 | 39,5 |
| Hautes-Laurentides | 41,0 | 39,9 | 39,2 | 33,1 |
| Arthur-Buies | 49,4 | 49,3 | 46,2 | 42,6 |
| Pays-d'en-Haut | 23,5 | 23,5 | 22,5 | 20,6 |
| Trois Vallées | 7,0 | 9,6 | 8,2 | 6,1 |
| Argenteuil | 7,6 | 9,2 | 6,1 | 5,3 |
| Les Laurentides | 39,5 | 38,3 | 35,6 | 31,3 |

Sources : Système d'information du Programme québécois de dépistage du cancer du sein (SI-PQDCS), 31 décembre 2001 et 31 décembre 2002, région des Laurentides.
Fichier des femmes de 50 à 69 ans admissibles à la RAMQ, moyennes ajustées 2000-2001 et 2001-2002.

Le même commentaire qu'à l'indicateur précédent s'applique. De plus, on constate que le taux de participation au PQDCS, pour la région, décroît avec l'âge.

**Centres de dépistage désignés (CDD) et centres de référence pour investigation désignés (CRID), région des Laurentides**

| Ville | Nom de l'établissement | CDD | CRID |
|---|---|---|---|
| Saint-Eustache | Clinique de radiologie Saint-Eustache[1] | ✓ | |
| Saint-Eustache | CH Saint-Eustache | | ✓ |
| Mont-Laurier | CH et CR Antoine-Labelle | ✓ | |
| Saint-Jérôme | Hôtel-Dieu de Saint-Jérôme | ✓ | |

1. Clinique de radiologie privée.
Source : Direction générale de la santé publique, MSSS, 2003.

***Test de Papanicolaou (PAP)***

**Définition** : déclaration du temps écoulé depuis le dernier test de PAP parmi les femmes âgées de 18 ans ou plus.

**Proportion de la population féminine de 18 ans ou plus selon le temps écoulé depuis le dernier test de Pap, région des Laurentides et le Québec, 2000-2001**

| Temps écoulé | Laurentides | Le Québec |
|---|---|---|
| | % | |
| Moins de 1 an | 62,5 | 51,6 |
| 1 à < 3 ans | 16,8 | 18,7 |
| 3 ans ou plus | 12,3 | 12,7 |
| Jamais | 8,4 | 17,1 |
| Total | 100,0 | 100,0 |

Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), cycle 1.1 (2000-2001)

On estime que 62,5 % des femmes de 18 ans ou plus des Laurentides ont passé un test de Pap durant l'année ayant précédé l'enquête et 8,4 % ont déclaré n'en avoir jamais passé, ce qui constitue la moitié de la proportion du Québec. Dans les deux cas, les différences avec le Québec sont statistiquement significatives.

**Proportion de la population féminine de 18 ans ou plus selon le temps écoulé depuis le dernier test de Pap et selon le groupe d'âge, région des Laurentides, 2000-2001**

| Temps écoulé | 18-34 ans | 35-44 ans | 45-64 ans | 65-69 ans |
|---|---|---|---|---|
| | % | | | |
| Moins de 1 an | 73,0 | 67,1 | 56,3 | ** |
| 1 à < 3 ans | 11,5* | 20,7* | 17,6* | ** |
| 3 ans ou plus | ** | ** | 20,1 | 36,6* |
| Jamais | 12,5* | ** | 6,1* | ** |

Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), cycle 1.1 (2000-2001)
* Estimation marginale, coefficient de variation entre 16,6 % et 33,3 %, interpréter avec prudence
** Estimation inacceptable, coefficient de variation > 33,3 %

En effectuant un regroupement des données par groupe d'âge, on remarque qu'une proportion significativement plus élevée des femmes des Laurentides âgées entre 18 et 34 ans déclarent avoir subi un test de Pap depuis moins d'un an (73 %) que ce n'est le cas pour les autres groupes d'âge réunis (58,3 %).

**Proportion de la population féminine de 18 ans ou plus selon le temps écoulé depuis le dernier test de Pap et selon le groupe d'âge, le Québec, 2000-2001**

| Temps écoulé | 18-34 ans | 35-44 ans | 45-64 ans | 65-69 ans |
|---|---|---|---|---|
| | % | | | |
| Moins de 1 an | 58,2 | 53,1 | 48,7 | 32,8 |
| 1 à < 3 ans | 16,3 | 22,3 | 18,9 | 13,7 |
| 3 ans ou plus | 4,0 | 10,4 | 18,0 | 30,0 |
| Jamais | 21,5 | 14,2 | 14,4 | 23,5 |
| Total | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 |

Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), cycle 1.1 (2000-2001)

***Antigène spécifique prostatique (PSA)***

**Définition :** fait de déclarer avoir déjà subi ou non un test de sang (prise de sang) PSA pour le dépistage du cancer de la prostate chez la population masculine de 40 ans ou plus.

**Proportion de la population masculine de 40 ans ou plus selon qu'ils ont déjà subi ou non une prise de sang pour détecter l'antigène spécifique prostatique (PSA), région des Laurentides et le Québec, 2000-2001**

| PSA | Laurentides | Le Québec |
|---|---|---|
| | % | |
| Oui | 41,2 | 41,2 |
| Non | 58,8 | 58,8 |
| Total | 100,0 | 100,0 |

Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), cycle 1.1 (2000-2001)

On observe que 58,8 % des hommes de 40 ans ou plus des Laurentides n'ont pas subi de test sanguin pour détecter le PSA.

**Proportion de la population masculine de 40 ans ou plus qui ont déjà subi une prise de sang pour détecter l'antigène spécifique prostatique selon le groupe d'âge, région des Laurentides et le Québec, 2000-2001**

| Groupe d'âge | Laurentides | Le Québec |
|---|---|---|
| | % | |
| 40-49 ans | 13,5* | 14,9 |
| 50-59 ans | 38,7 | 35,8 |
| 60-69 ans | 27,9 | 26,0 |
| 70 ans + | 19,8* | 23,2 |

Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), cycle 1.1 (2000-2001)
* Estimation marginale, coefficient de variation entre 16,6 % et 33,3 %, interpréter avec prudence

## *Le taux ajusté d'incidence du cancer*

**Définition** : rapport, pour une période donnée, du nombre annuel moyen de nouveaux cas de cancer, à la population totale au milieu de la même période.

**Taux ajusté d'incidence du cancer selon le siège, région des Laurentides et le Québec, 1984-1988 à 1994-1998**

| | 1984-1988 | 1989-1993 | 1994-1998 | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Ensemble des sièges | Ensemble des sièges | Estomac | Côlon-rectum | Pancréas | Poumon | Vessie | Ensemble des sièges |
| | Taux annuel moyen pour 100 000 | | | | | | | |
| Laurentides | 430 | 432 | 11 | 59 | 12 | 86 | 24 | 458 (n = 1 782) |
| Le Québec | 419 | 422 | 11 | 56 | 11 | 76 | 21 | 424 (n = 30 874) |

Source : Institut national de santé publique du Québec (2001) Le portrait de santé. Le Québec et ses régions.

Le taux ajusté d'incidence du cancer a augmenté dans les Laurentides entre les périodes de 1984-1988 et 1994-1998. On observe une différence statistiquement significative entre le taux de la région (458 pour 100 000) et le Québec (424 pour 100 000) en 1994-1998. La région se démarque particulièrement par un taux d'incidence significativement plus élevé du cancer du poumon en 1994-1998 dans la région (86 c. 76 pour 100 000).

**Taux ajusté d'incidence du cancer selon le siège, chez les hommes, région des Laurentides et le Québec,1984-1988 à 1994-1998**

| | 1984-1988 | 1989-1993 | 1994-1998 | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Ensemble des sièges | Ensemble des sièges | Estomac | Côlon-rectum | Prostate | Pancréas | Poumon | Vessie | Ensemble des sièges |
| | Taux annuel moyen pour 100 000 | | | | | | | | |
| Laurentides | 532 | 541 | *17 | 70 | 122 | *14 | 128 | 41 | 552 (n = 961) |
| Le Québec | 524 | 527 | 17 | 68 | 99 | 13 | 116 | 38 | 512 (n = 15 939) |

Source : Institut national de santé publique du Québec (2001) Le portrait de santé. Le Québec et ses régions.
* Coefficient de variation supérieur à 16,5 % et inférieur ou égal à 33,3 %. La valeur doit être interprétée avec prudence.

Le taux ajusté pour l'ensemble des sièges de cancer chez les hommes des Laurentides est en croissance continue entre 1984-1988 et 1994-1998, alors qu'il régresse pour le Québec. Les taux chez les hommes des Laurentides sont significativement supérieurs à ceux du Québec, tant pour l'ensemble des sièges que pour le cancer de la prostate.

**Taux ajusté d'incidence du cancer selon le siège, chez les femmes, région des Laurentides et le Québec, 1984-1988 à 1994-1998**

| | 1984-1988 | 1989-1993 | 1994-1998 | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Ensemble des sièges | Ensemble des sièges | Estomac | Côlon-rectum | Sein | Pancréas | Poumon | Vessie | Ensemble des sièges |
| | Taux annuel moyen pour 100 000 | | | | | | | | |
| Laurentides | 355 | 351 | *7 | 51 | 119 | *10 | 53 | *11 | 393 (n = 821) |
| Le Québec | 354 | 357 | 7 | 47 | 111 | 10 | 47 | 10 | 372 (n = 14 934) |

Source : Institut national de santé publique du Québec (2001) Le portrait de santé. Le Québec et ses régions.
* Coefficient de variation de variation supérieur à 16,5 % et inférieur ou égal à 33,3 %. La valeur doit être interprétée avec prudence.

Il n'y a pas de différence statistique significative entre les taux régional et provincial. Par ailleurs, l'incidence du cancer chez les femmes a fait un bond entre 1989-1993 et 1994-1998, de manière plus prononcée dans la région que pour le Québec.

**A. Taux ajusté[1] d'incidence du cancer selon certains sièges et le sexe, Québec et régions, 1994-1998**

| | Femmes (Taux pour 100 000) | | | | Hommes (Taux pour 100 000) | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Côlon et rectum | Poumon | Sein | Tous les sièges | Côlon et rectum | Poumon | Prostate | Tous les sièges |
| **Région** | | | | | | | | |
| Bas-Saint-Laurent | 48 | 38 | 127 | 374 | 62 | 122 | 97 | 494 |
| Saguenay- Lac-Saint-Jean | 54 | 44 | 127 | 401 | 76 | 151 (+) | 112 | 589 (+) |
| Québec | 48 | 45 | 114 | 367 | 70 | 120 | 82 (-) | 501 |
| Mauricie et Centre-du-Québec | 46 | 42 | 93 (-) | 343 (-) | 67 | 122 | 112 | 518 |
| Estrie | 46 | 39 | 100 | 357 | 66 | 112 | 112 | 506 |
| Montréal-Centre | 45 | 48 | 112 | 375 | 66 | 104 (-) | 91 (-) | 494 (-) |
| Outaouais | * | * | * | * | * | * | * | * |
| Abitibi-Témiscamingue | 47 | 47 | 110 | 372 | 68 | 136 | 106 | 520 |
| Côte-Nord | 52 | 69 | 112 | 406 | 74 | 172 (+) | 85 | 606 (+) |
| Nord-du-Québec[2] | 41 | 74 | 105 | 378 | 48 | 259 | 80 | 661 |
| Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine | 46 | 44 | 117 | 382 | 68 | 140 | 106 | 580 (+) |
| Chaudière-Appalaches | 41 | 35 (-) | 114 | 344 (-) | 62 | 113 | 92 | 483 |
| Laval | 44 | 50 | 107 | 361 | 68 | 104 | 94 | 490 |
| Lanaudière | 45 | 55 | 105 | 368 | 66 | 133 | 94 | 529 |
| Laurentides | 51 | 53 | 119 | 393 | 70 | 128 | 122 (+) | 552 (+) |
| Montérégie | 47 | 49 | 106 | 370 | 72 | 107 | 106 | 504 |
| Nunavik[2] | 95 | 170 | 45 | 441 | 29 | 246 | 17 | 475 |
| Terres-Cries-de-la-Baie-James[2] | 55 | 35 | 67 | 363 | 41 | 88 | 111 | 429 |
| **Ensemble du Québec** | **47** | **47** | **111** | **372** | **68** | **116** | **99** | **512** |

1. Taux ajusté pour tenir compte de la structure d'âge, sexes réunis, de la population du Québec en 1996.

2. Les taux d'incidence des régions nordiques sont imprécis, étant donné le petit nombre de personnes qui ont un âge avancé. Ils doivent être interprétés avec prudence.

* En raison du nombre élevé d'hospitalisations pour cancer dans les hôpitaux ontariens, la déclaration des cas de l'Outaouais au Fichier des tumeurs du Québec est incomplète. L'incidence réelle des nouveaux cas de cancer ne peut être calculée.

(+) (-) Valeurs significativement plus élevées ou plus faibles que celles de l'ensemble du Québec au seuil de 0,05

Source : M. PAGEAU et autres (2001), *Le portrait de santé : Le Québec et ses régions*, p. 312-313.

## *Le taux ajusté de mortalité par tumeurs malignes*

**Définition :** Rapport, pour une période donnée, du nombre annuel moyen de décès par tumeurs malignes pour 100 000 habitants, ajusté selon la structure d'âge.

**Taux ajusté de mortalité par tumeurs malignes[1], sexes réunis, selon le territoire de CLSC, la région des Laurentides et le Québec, 1986-1989 à 1997-1999**

| Territoire de CLSC | 1986-1989 | 1990-1993 | 1994-1996 | 1997-1999 |
|---|---|---|---|---|
| | Taux pour 100 000 | | | |
| Jean-Olivier-Chénier | 245,1 | 226,6 | 246,0 q | 235,3 q |
| Thérèse-de-Blainville | 240,4 | 239,0 | 252,2 q | 224,8 |
| Hautes-Laurentides | 206,0 | 242,1 | 224,9 | 219,1 |
| Arthur-Buies | 242,6 | 241,7 q | 247,8 q | 236,5 q |
| Pays-d'en-Haut | 206,2 | 237,8 | 223,6 | 195,9 |
| Trois Vallées | 234,2 | 231,0 | 240,8 | 205,4 |
| Argenteuil | 253,0 q | 208,6 | 211,2 | 235,0 |
| Les Laurentides | 234,5 q | 232,5 q | 238,4 q | 223,6 q |
| Le Québec | 224,7 r | 223,0 r | 217,6 r | 212,8 r |

Source : MSSS, fichier des décès, 1986-1989 à 1997-1999
r : différence statistiquement significative à la région
q: différence statistiquement significative à la province
[1] Taux annuel moyen ; ajustement ayant pour référence la population du Québec en 1996

Bien que relativement stable depuis 1986-1989, le taux de mortalité par tumeurs malignes dans les Laurentides reste significativement supérieur (223,6 pour 100 000) à celui du Québec (212,8 pour 100 000). En 1997-1999, le territoire d'Arthur-Buies (236,5 pour 100 000) suivi de près par Jean-Olivier-Chénier (235,3 pour 100 000) ont les taux les plus élevés et sont significativement supérieurs à celui de la région mais ils ont connu une diminution, comme presque tous les taux des territoires.

**Taux ajusté de mortalité par tumeurs malignes[1], chez les hommes, selon le territoire de CLSC, la région des Laurentides et le Québec, 1986-1989 à 1997-1999**

| Territoire de CLSC | 1986-1989 | 1990-1993 | 1994-1996 | 1997-1999 |
|---|---|---|---|---|
| | Taux pour 100 000 | | | |
| Jean-Olivier-Chénier | 308,2 | 301,7 | 329,8 q | 291,8 |
| Thérèse-de-Blainville | 316,6 | 317,0 | 361,2 rq | 302,3 |
| Hautes-Laurentides | 278,0 | 336,2 | 273,6 | 272,8 |
| Arthur-Buies | 336,6 | 328,5 | 337,0 q | 308,0 |
| Pays-d'en-Haut | 277,6 | 325,9 | 261,1 | 222,9 rq |
| Trois Vallées | 294,8 | 300,0 | 289,9 | 264,5 |
| Argenteuil | 386,5 rq | 267,7 | 260,3 | 322,5 |
| Les Laurentides | 312,8 | 309,4 | 309,7 q | 286,0 |
| Le Québec | 308,9 | 301,1 | 290,6 r | 280,5 |

Source : MSSS, fichier des décès, 1986-1989 à 1997-1999
r : différence statistiquement significative à la région
q: différence statistiquement significative à la province
[1] Taux annuel moyen ; ajustement ayant pour référence la population du Québec en 1996

Le taux ajusté de mortalité par tumeurs malignes chez les hommes est en diminution dans les Laurentides comme au Québec depuis 1986-1989. Pour la dernière période (1997-1999), le taux des hommes de la région ne se différencie pas de celui du Québec au plan statistique. Signalons le taux de mortalité significativement inférieur de Pays-d'en-Haut (222,9 pour 100 000) à ceux de la région des Laurentides (286,0 pour 100 000) et du Québec (280,5 pour 100 000). Argenteuil est le seul territoire à connaître une hausse de son taux de mortalité par tumeurs malignes chez les hommes.

**Taux ajusté de mortalité par tumeurs malignes[1], chez les femmes, selon le territoire de CLSC, la région des Laurentides et le Québec, 1986-1989 à 1997-1999**

| Territoire de CLSC | 1986-1989 | 1990-1993 | 1994-1996 | 1997-1999 |
|---|---|---|---|---|
| | Taux pour 100 000 | | | |
| Jean-Olivier-Chénier | 200,5 q | 169,1 | 190,1 | 193,0 q |
| Thérèse-de-Blainville | 185,3 | 188,0 | 180,5 | 176,9 |
| Hautes-Laurentides | 139,1 | 166,5 | 186,0 | 177,1 |
| Arthur-Buies | 170,2 | 178,2 | 187,4 | 193,0 q |
| Pays-d'en-Haut | 153,6 | 170,5 | 196,0 | 168,9 |
| Trois Vallées | 181,2 | 169,9 | 198,2 | 162,3 |
| Argenteuil | 176,8 | 166,0 | 168,2 | 176,7 |
| Les Laurentides | 174,3 | 173,9 | 186,2 q | 179,6 q |
| Le Québec | 169,3 | 171,7 | 170,8 r | 168,5 r |

Source : MSSS fichier des décès, 1986-1989 à 1997-1999
r : différence statistiquement significative à la région
q: différence statistiquement significative à la province
[1] Taux annuel moyen ; ajustement ayant pour référence la population du Québec en 1996

Chez les femmes des Laurentides, le taux ajusté de mortalité par tumeurs malignes a augmenté légèrement entre 1986-1989 et 1997-1999 avec une hausse plus marquée en 1994-1996. Le taux des femmes des Laurentides est significativement supérieur (179,6 pour 100 000) à celui des femmes du Québec (168,5 pour 100 000). Deux territoires de CLSC se distinguent par rapport au Québec, soit Jean-Olivier-Chénier (193,0 pour 100 000) et Arthur-Buies (193,0 pour 100 000) qui enregistrent des taux significativement supérieurs.

**Taux ajusté de mortalité par cancer du poumon[1], sexes réunis, selon le territoire de CLSC, la région des Laurentides et le Québec, 1986-1989 à 1997-1999**

| Territoire de CLSC | 1986-1989 | 1990-1993 | 1994-1996 | 1997-1999 |
|---|---|---|---|---|
| | Taux pour 100 000 | | | |
| Jean-Olivier-Chénier | 70,3 | 68,0 | 75,6 q | 81,8 rq |
| Thérèse-de-Blainville | 60,1 | 72,0 | 77,1 q | 65,2 |
| Hautes-Laurentides | 68,0 | 76,3 | 83,1 q | 75,1 |
| Arthur-Buies | 75,6 q | 81,7 q | 81,8 q | 71,6 |
| Pays-d'en-Haut | 46,8 r | 62,2 | 67,5 | 50,8 r |
| Trois Vallées | 74,1 | 68,5 | 73,2 | 56,2 |
| Argenteuil | 70,6 | 63,9 | 67,2 | 79,8 |
| Les Laurentides | 67,8 q | 71,2 q | 75,8 q | 69,2 |
| Le Québec | 61,9 r | 64,4 r | 64,0 r | 64,7 |

Source : MSSS, fichier des décès, 1986-1989 à 1997-1999
r : différence statistiquement significative à la région
q: différence statistiquement significative à la province
[1] Taux annuel moyen ; ajustement ayant pour référence la population du Québec en 1996

Parmi les causes de mortalité par tumeurs malignes, figure le cancer du poumon. Au fil du temps, le taux ajusté de mortalité par cancer du poumon est resté stable au Québec et un peu moins dans les Laurentides où il a connu une hausse marquée en 1994-1996. Cette hausse s'est par la suite résorbée, ramenant ainsi le taux de la région à un niveau comparable à celui du Québec (aucune différence statistiquement significative n'est enregistrée entre les taux régional et provincial en 1997-1999). Deux territoires se distinguent de la région soit celui de Jean-Olivier-Chénier qui enregistre un taux significativement supérieur (81,8 pour 100 000) et celui de Pays-d'en-Haut qui présente un taux significativement inférieur (50,8 pour 100 000) à celui des Laurentides (69,2 pour 100 000).

**Taux ajusté de mortalité par cancer du poumon[1], chez les hommes, selon le territoire de CLSC, la région des Laurentides et le Québec, 1986-1989 à 1997-1999**

| Territoire de CLSC | 1986-1989 | 1990-1993 | 1994-1996 | 1997-1999 |
|---|---|---|---|---|
| | Taux pour 100 000 | | | |
| Jean-Olivier-Chénier | 115,3 | 113,0 | 119,7 | 105,9 |
| Thérèse-de-Blainville | 102,3 | 112,4 | 126,7 | 99,5 |
| Hautes-Laurentides | 119,1 | 105,3 | 135,7 q | 117,0 |
| Arthur-Buies | 133,1 q | 132,4 q | 137,5 q | 101,4 |
| Pays-d'en-Haut | 89,8 | 101,0 | 110,8 | 68,9 rq |
| Trois Vallées | 126,9 | 106,8 | 103,0 | 79,5 |
| Argenteuil | 125,9 | 96,4 | 107,3 | 135,9 rq |
| Les Laurentides | 117,4 | 111,7 | 120,3 q | 99,9 |
| Le Québec | 110,0 | 109,4 | 103,7 r | 101,2 |

Source : MSSS, fichier des décès, 1986-1989 à 1997-1999
r : différence statistiquement significative à la région
q: différence statistiquement significative à la province
[1] Taux annuel moyen ; ajustement ayant pour référence la population du Québec en 1996

Chez les hommes, le taux ajusté de mortalité par cancer du poumon tend à varier dans le temps dans les Laurentides et ne présente en 1997-1999 aucune différence statistiquement significative avec le Québec où il est en décroissance continue depuis 1986-1989. Deux territoires se distinguent de la région soit celui d'Argenteuil qui enregistre un taux significativement supérieur (135,9 pour 100 000) et celui de Pays-d'en-Haut qui présente un taux significativement inférieur (68,9 pour 100 000) à celui des Laurentides (99,9 pour 100 000).

**Taux ajusté de mortalité par cancer du poumon[1], chez les femmes, selon le territoire de CLSC, la région des Laurentides et le Québec, 1986-1989 à 1997-1999**

| Territoire de CLSC | 1986-1989 | 1990-1993 | 1994-1996 | 1997-1999 |
|---|---|---|---|---|
| | Taux pour 100 000 | | | |
| Jean-Olivier-Chénier | 34,4 | 32,1 | 43,4 | 63,1 rq |
| Thérèse-de-Blainville | 26,2 | 41,9 | 43,2 | 40,5 |
| Hautes-Laurentides | 19,5 | 49,3 q | 36,5 | 39,5 |
| Arthur-Buies | 30,7 | 42,1 q | 43,6 | 49,1 |
| Pays-d'en-Haut | 13,2 | 30,1 | 36,7 | 35,0 |
| Trois Vallées | 27,1 | 34,8 | 45,4 | 36,9 |
| Argenteuil | 31,5 | 39,1 | 31,4 | 40,5 |
| Les Laurentides | 27,4 | 38,2 q | 41,6 q | 45,3 q |
| Le Québec | 27,3 | 32,5 r | 36,4 r | 39,4 r |

Source : MSSS, fichier des décès, 1986-1989 à 1997-1999
r : différence statistiquement significative à la région
q: différence statistiquement significative à la province
[1] Taux annuel moyen ; ajustement ayant pour référence la population du Québec en 1996

Chez les femmes, le taux ajusté de mortalité par cancer du poumon dans la région est en constante croissance depuis 1986-1989 et est significativement supérieur à celui des femmes du Québec depuis 1990-1993. C'est particulièrement dans le territoire de Jean-Olivier-Chénier que le taux est élevé et il est significativement supérieur (63,1 pour 100 000) à celui des Laurentides (45,3 pour 100 000) en 1997-1999.

**Taux ajusté de mortalité par cancer du sein[1], chez les femmes, selon le territoire de CLSC, la région des Laurentides et le Québec, 1986-1989 à 1997-1999**

| Territoire de CLSC | 1986-1989 | 1990-1993 | 1994-1996 | 1997-1999 |
|---|---|---|---|---|
| | Taux pour 100 000 | | | |
| Jean-Olivier-Chénier | 46,8 q | 40,3 | 31,1 | 28,7 |
| Thérèse-de-Blainville | 31,2 | 36,2 | 33,4 | 34,2 |
| Hautes-Laurentides | 26,2 | 22,9 | 39,6 | 35,4 |
| Arthur-Buies | 32,7 | 37,3 | 36,5 | 29,9 |
| Pays-d'en-Haut | 51,6 | 31,7 | 35,2 | 25,9 |
| Trois Vallées | 31,4 | 36,3 | 31,3 | 34,1 |
| Argenteuil | 33,1 | 28,3 | 38,5 | 27,4 |
| Les Laurentides | 35,4 | 35,2 | 34,7 | 30,7 |
| Le Québec | 34,6 | 34,5 | 32,8 | 29,9 |

Source : MSSS, fichier des décès, 1986-1989 à 1997-1999
r: différence statistiquement significative à la région
q: différence statistiquement significative à la province
[1] Taux annuel moyen ; ajustement ayant pour référence la population du Québec en 1996

Depuis la période de 1986-1989, la mortalité par cancer du sein connaît une certaine régression. Environ 30,7 pour 100 000 femmes des Laurentides meurent par cancer du sein en 1997-1999. Au fil des ans, la région des Laurentides n'enregistre pas de différence statistiquement significative avec le Québec.

**Taux ajusté de mortalité par tumeurs malignes du côlon et du rectum[1], sexes réunis, selon le territoire de CLSC, la région des Laurentides et le Québec, 1986-1989 à 1997-1999**

| Territoire de CLSC | 1986-1989 | 1990-1993 | 1994-1996 | 1997-1999 |
|---|---|---|---|---|
| | Taux pour 100 000 | | | |
| Jean-Olivier-Chénier | 27,5 | 28,8 | 37,5 q | 37,5 q |
| Thérèse-de-Blainville | 34,5 | 35,5 | 34,3 | 29,6 |
| Hautes-Laurentides | 25,3 | 27,1 | 27,3 | 20,2 |
| Arthur-Buies | 30,8 | 31,0 | 31,3 | 34,3 q |
| Pays-d'en-Haut | 31,5 | 32,7 | 31,8 | 24,7 |
| Trois Vallées | 22,9 | 26,6 | 25,0 | 27,4 |
| Argenteuil | 29,1 | 23,8 | 34,4 | 29,8 |
| Les Laurentides | 29,0 | 29,7 | 32,1 q | 30,3 q |
| Le Québec | 29,2 | 28,4 | 27,8 r | 27,1 r |

Source : MSSS, fichier des décès, 1986-1989 à 1997-1999
r : différence statistiquement significative à la région
q: différence statistiquement significative à la province
[1] Taux annuel moyen ; ajustement ayant pour référence la population du Québec en 1996

Alors que le taux ajusté de mortalité par tumeurs malignes du côlon et du rectum dans les Laurentides ne se différenciait pas de celui du Québec dans les périodes 1986-1989 et 1990-1993, on observe que le taux régional est pour les deux dernières périodes significativement supérieur (30,3 pour 100 000 en 1997-1999) à celui du Québec (27,1 pour 100 000). Pour 1997-1999, deux territoires de CLSC se démarquent, soit Jean-Olivier-Chénier (37,5 pour 100 000) et Arthur-Buies (34,3 pour 100 000) en présentant des taux significativement plus élevés que ceux du Québec. Nous observons également une certaine tendance à la baisse du taux de mortalité par tumeurs malignes du côlon et du rectum dans plusieurs territoires de CLSC depuis 1990-1993, soit Thérèse-de-Blainville, Hautes-Laurentides et Pays-d'en-Haut. Toutefois, l'analyse des données par territoire de CLSC doit faire appel à la prudence en raison des petits nombres dans certains territoires.

**Taux ajusté de mortalité par tumeurs malignes du côlon et du rectum[1], chez les hommes, selon le territoire de CLSC, la région des Laurentides et le Québec, 1986-1989 à 1997-1999**

| Territoire de CLSC | 1986-1989 | 1990-1993 | 1994-1996 | 1997-1999 |
|---|---|---|---|---|
| | Taux pour 100 000 | | | |
| Jean-Olivier-Chénier | 29,5 | 29,3 | 49,2 q | 51,0 rq |
| Thérèse-de-Blainville | 34,0 | 46,0 | 46,7 | 42,0 |
| Hautes-Laurentides | 30,7 | 36,7 | 19,8 | 13,8 rq |
| Arthur-Buies | 38,1 | 31,6 | 29,6 | 35,9 |
| Pays-d'en-Haut | 41,1 | 37,3 | 27,1 | 22,3 |
| Trois Vallées | 20,6 | 29,0 | 26,8 | 39,1 |
| Argenteuil | 40,6 | 24,2 | 27,6 | 37,4 |
| Région des Laurentides | 32,7 | 33,0 | 34,7 | 36,2 |
| Le Québec | 33,7 | 33,3 | 33,2 | 33,4 |

Source : MSSS, fichier des décès, 1986-1989 à 1997-1999
r : différence statistiquement significative à la région
q: différence statistiquement significative à la province
[1] Taux annuel moyen ; ajustement ayant pour référence la population du Québec en 1996

Dans la région, le taux ajusté de mortalité par tumeurs malignes du côlon et du rectum chez les hommes tend à augmenter légèrement depuis 1986-1989 et ne présente aucune différence statistiquement significative avec celui des hommes du Québec. Le territoire de CLSC Jean-Olivier-Chénier a le taux le plus élevé (51,0 pour 100 000) et est significativement supérieur à celui de la région (36,2 pour 100 000) en 1997-1999. Par ailleurs, le territoire des Hautes-Laurentides a un taux significativement inférieur (13,8 pour 100 000) à celui de la région. Toutefois, l'analyse des données par territoire de CLSC doit faire appel à la prudence en raison des petits nombres dans certains territoires.

**Taux ajusté de mortalité par tumeurs malignes du côlon et du rectum[1], chez les femmes, selon le territoire de CLSC, la région des Laurentides et le Québec, 1986-1989 à 1997-1999**

| Territoire de CLSC | 1986-1989 | 1990-1993 | 1994-1996 | 1997-1999 |
|---|---|---|---|---|
| | Taux pour 100 000 | | | |
| Jean-Olivier-Chénier | 27,8 | 27,6 | 28,3 | 26,4 |
| Thérèse-de-Blainville | 35,9 | 28,9 | 26,0 | 20,4 |
| Hautes-Laurentides | 19,6 | 18,8 | 35,2 | 27,8 |
| Arthur-Buies | 24,9 | 30,0 | 30,9 | 33,8 q |
| Pays-d'en-Haut | 25,5 | 31,3 | 33,9 | 26,4 |
| Trois Vallées | 25,5 | 23,5 | 23,9 | 18,3 |
| Argenteuil | 24,0 | 24,1 | 40,1 q | 24,9 |
| Les Laurentides | 26,6 | 26,9 | 29,9 q | 25,8 |
| Le Québec | 26,4 | 25,1 | 24,2 r | 23,1 |

Source : MSSS, fichier des décès, 1986-1989 à 1997-1999
r : différence statistiquement significative à la région
q: différence statistiquement significative à la province
[1] Taux annuel moyen ; ajustement ayant pour référence la population du Québec en 1996

Pour la période 1997-1999, le taux ajusté de mortalité par tumeurs malignes du côlon et du rectum chez les femmes tend à diminuer et on ne constate aucune différence statistiquement significative entre les taux régional et provincial. Par ailleurs, Arthur-Buies connaît une hausse de son taux ajusté, qui est significativement supérieur (33,8 pour 100 000) à celui du Québec (23,1 pour 100 000). Toutefois, l'analyse des données par territoire de CLSC doit faire appel à la prudence en raison des petits nombres dans certains territoires.

**Taux ajusté de mortalité par tumeur maligne de la prostate[1], chez les hommes, selon le territoire de CLSC, la région des Laurentides et le Québec, 1986-1989 à 1997-1999**

| Territoire de CLSC | 1986-1989 | 1990-1993 | 1994-1996 | 1997-1999 |
|---|---|---|---|---|
| | Taux pour 100 000 | | | |
| Jean-Olivier-Chénier | 46,2 | 39,4 | 28,8 | 34,3 |
| Thérèse-de-Blainville | 41,2 | 42,2 | 31,9 | 35,1 |
| Hautes-Laurentides | 9,7 rq | 55,9 q | 20,0 | 39,9 |
| Arthur-Buies | 31,2 | 36,0 | 49,0 rq | 33,4 |
| Pays-d'en-Haut | 37,0 | 24,5 | 13,8 rq | 35,8 |
| Trois Vallées | 36,8 | 32,4 | 26,3 | 30,0 |
| Argenteuil | 63,4 rq | 28,6 | 31,0 | 31,5 |
| Les Laurentides | 37,4 | 36,8 | 31,1 | 33,9 q |
| Le Québec | 32,7 | 32,7 | 31,2 | 27,6 r |

Source : MSSS, fichier des décès, 1986-1989 à 1997-1999
r : différence statistiquement significative à la région
q : différence statistiquement significative à la province
[1]Taux annuel moyen ; ajustement ayant pour référence la population du Québec en 1996

À l'instar du Québec, le taux ajusté de mortalité par tumeur maligne de la prostate chez les hommes des Laurentides tend à diminuer, mais pour 1997-1999, le taux de la région est pour la première fois significativement supérieur (33,9 pour 100 000) à celui du Québec (27,6 pour 100 000). Les fluctuations au fil des ans à l'intérieur d'un même territoire de CLSC sont très importantes ainsi que les écarts entre les territoires. Ces fortes variations s'expliquent en partie par l'effet des petits nombres.

**Taux ajusté[1] de mortalité par cancer selon certains sièges et le sexe, Québec et régions, 1997-1999**

| | Femmes (Taux pour 100 000) | | | | Hommes (Taux pour 100 000) | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Côlon et rectum | Poumon | Sein | Tous les sièges | Côlon et rectum | Poumon | Prostate | Tous les sièges |
| **Région** | | | | | | | | |
| Bas-Saint-Laurent | 19 | 35 | 32 | 167 | 29 | 109 | 27 | 282 |
| Saguenay–Lac-Saint-Jean | 28 (+) | 38 | 30 | 180 | 36 | 126 (+) | 31 | 317 (+) |
| Québec | 21 | 38 | 32 | 170 | 35 | 105 | 24 | 286 |
| Mauricie et Centre-du-Québec | 20 | 35 (-) | 26 (-) | 157 (-) | 39 (+) | 106 | 29 | 287 |
| Estrie | 20 | 34 | 25 | 153 (-) | 32 | 98 | 33 | 274 |
| Montréal-Centre | 20 | 40 | 32 | 169 | 31 | 91 (-) | 25 (-) | 266 (-) |
| Outaouais | * | * | * | * | * | * | * | * |
| Abitibi-Témiscamingue | 21 | 40 | 30 | 176 | 31 | 128 (+) | 26 | 290 |
| Côte-Nord | 23 | 48 | 24 | 189 | 28 | 145 (+) | 21 | 337 (+) |
| Nord-du-Québec | ** | ** | ** | ** | ** | ** | ** | ** |
| Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine | 17 | 36 | 34 | 161 | 30 | 127 (+) | 36 | 328 (+) |
| Chaudière-Appalaches | 17 (-) | 28 (-) | 25 (-) | 144 (-) | 30 | 101 | 29 | 287 |
| Laval | 24 | 41 | 30 | 167 | 37 | 92 | 31 | 276 |
| Lanaudière | 24 | 52 (+) | 31 | 194 (+) | 34 | 121 (+) | 29 | 315 (+) |
| Laurentides | 24 | 45 (+) | 31 | 180 (+) | 36 | 100 | 34 (+) | 286 |
| Montérégie | 22 | 41 | 29 | 170 | 36 | 96 | 28 | 273 |
| Nunavik | ** | ** | ** | ** | ** | ** | ** | ** |
| Terres-Cries-de-la-Baie-James | ** | ** | ** | ** | ** | ** | ** | ** |
| **Ensemble du Québec** | **21** | **39** | **30** | **169** | **33** | **101** | **28** | **280** |

1. Taux ajusté pour tenir compte de la structure d'âge, sexes réunis, de la population du Québec en 1996.

* Certains décès de résidents de l'Outaouais survenus en Ontario n'ont pas été déclarés au Fichier des décès du Québec. Les taux de mortalité par cancer ne sont donc pas présentés.

** Les taux de mortalité des régions nordiques sont imprécis, étant donné le petit nombre de personnes qui ont un âge avancé. Ils ne sont donc pas présentés.

(+) (-) Valeurs significativement plus élevées ou plus faibles que celle de l'ensemble du Québec au seuil de 0,05

Source : Fichier des décès du Québec, 2003.

## Les cancers pédiatriques[161]

Pour la période concernée par le tableau ci-bas on note que le nombre annuel moyen de nouveaux cas de cancer est de 18 chez les enfants des Laurentides âgés de 0 à 19 ans.

**Nombre annuel moyen de nouveaux cas de cancers selon le groupe d'âge et la région, Québec, 1994-1998**

| Région | 0-14 ans (n) | 15-19 ans (n) | 0-19 ans (n) |
|---|---|---|---|
| Montréal-Centre | 50 | 17 | 67 |
| Montérégie | 40 | 16 | 55 |
| Québec | 21 | 8 | 29 |
| Chaudière-Appalaches | 14 | 6 | 20 |
| Lanaudière | 14 | 6 | 20 |
| Mauricie et Centre-du-Québec | 13 | 6 | 19 |
| Laurentides | 14 | 5 | 18 |
| Saguenay–Lac-Saint-Jean | 9 | 5 | 14 |
| Laval | 9 | 4 | 14 |
| Estrie | 6 | 5 | 11 |
| Bas-Saint-Laurent | 7 | 4 | 11 |
| Outaouais | 6 | 2 | 8 |
| Abitibi-Témiscamingue | 5 | 2 | 7 |
| Côte-Nord | 3 | 2 | 5 |
| Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine | 3 | 1 | 4 |
| Nord-du-Québec | 1 | 0 | 1 |
| Nunavik | 0 | 0 | 0 |
| Terres-Cries-de-la-Baie-James | 0 | 0 | 1 |
| Ensemble du Québec | 223 | 91 | 314 |

Source : Fichier des tumeurs du Québec, MSSS, 2003.

[161] MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Programme québécois de lutte contre le cancer, La lutte contre le cancer dans les régions du Québec, Un premier bilan*, Québec 2003, 392 pages, pp. 118-121.

## Décès pour toutes causes et décès par tumeur (CIM-9, 140-239) selon le groupe d'âge, Québec, 2000

| Groupe d'âge | Total des décès (N) | Décès par tumeur (n) | Proportion des décès par tumeur (%) |
|---|---|---|---|
| < 1 an | 332 | 0 | 0 |
| 1-4 ans | 58 | 7 | 12 |
| 5-9 ans | 52 | 12 | 23 |
| 10-14 ans | 74 | 5 | 7 |
| 15-19 ans | 255 | 21 | 8 |
| Total | 771 | 45 | 6 |

Source : Institut de la statistique du Québec, 8 avril 2003

## BIBLIOGRAPHIE

AGENCE DE DÉVELOPPEMENT DE RÉSEAUX LOCAUX DE SERVICES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DES LAURENTIDES, *La mise en place des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux des Laurentides, Définition de territoires et désignation des instances locales*, Février 2004.

AGENCE DE DÉVELOPPEMENT DE RÉSEAUX LOCAUX DE SERVICES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DES LAURENTIDES, Direction régionale de santé publique, *Mise à jour des données sociosanitaires de la région des Laurentides et des territoires de CLSC, Fascicule 1-Démographie : dimension sociale et économie*, Février 2004.

AGENCE DE DÉVELOPPEMENT DE RÉSEAUX LOCAUX DE SERVICES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DES LAURENTIDES, Direction régionale de santé publique, *Mise à jour des données sociosanitaires de la région des Laurentides et des territoires de CLSC, Fascicule 2-Naissance, Morbidité et Mortalité*, Février 2004.

AGENCE DE DÉVELOPPEMENT DE RÉSEAUX LOCAUX DE SERVICES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DES LAURENTIDES, Direction régionale de santé publique, *Mise à jour des données sociosanitaires de la région des Laurentides et des territoires de CLSC, Fascicule 4-Habitudes de vie et Maladies chroniques*, Février 2004.

AGENCE DE DÉVELOPPEMENT DE RÉSEAUX LOCAUX DE SERVICES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DES LAURENTIDES, Direction de santé publique, *Plan d'action régional en santé publique 2004-2007, Prévenir pour l'avenir...*DOCUMENT DE TRAVAIL, Version Février 2004, 66 pages.

AGENCE DE DÉVELOPPEMENT DE RÉSEAUX LOCAUX DE SERVICES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DES LAURENTIDES, Direction régionale d'organisation de services et de la main-d'œuvre, *Organisation des services de soins palliatifs dans la région des Laurentides*, DOCUMENT DE TRAVAIL, version Janvier 2004, 26 pages.

AGENCE DE DÉVELOPPEMENT DE RÉSEAUX LOCAUX DE SERVICES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DES LAURENTIDES, Direction régionale des affaires médicales et hospitalières, *Liste des médecins de la région des Laurentides*, 10 mars 2004.

ASSOCIATION QUÉBÉCOISE DE SOINS PALLIATIFS, *Le citoyen : une personne du début...à la fin de sa vie, Profil régional 15 Laurentides*, Rapport Lambert, Lecomte sur l'État de situation des soins palliatifs au Québec , 2000.

COMITÉ CONSULTATIF SUR LE CANCER, *Programme québécois de lutte contre le cancer, Pour lutter efficacement contre le cancer, formons équipe*, MSSS, Québec, 1997, 185 pages.

CONSEIL QUÉBÉCOIS DE LUTTE CONTRE LE CANCER, Comité de la première ligne médicale de lutte contre le cancer, *AVIS Le médecin de famille et la lutte contre le cancer*, DOCUMENT DE TRAVAIL, MSSS, Québec, 2004.

CONSEIL QUÉBÉCOIS DE LUTTE CONTRE LE CANCER, Comité de soutien, adaptation et réadaptation, *AVIS, Normes et standards de soutien, adaptation et réadaptation au Québec*, DOCUMENT DE TRAVAIL, MSSS, Québec, 2004.

CONSEIL QUÉBÉCOIS DE LUTTE CONTRE LE CANCER, Comité des représentants de la population atteinte de cancer, *Besoins des personnes atteintes de cancer et leurs proches au Québec*, DOCUMENT DE TRAVAIL, MSSS, Québec, Février 2004.

CONSEIL QUÉBÉCOIS DE LUTTE CONTRE LE CANCER, Comité d'évolution de la pratique infirmière en oncologie, *AVIS, Pour optimiser la contribution des infirmières à la lutte contre le cancer au Québec*, DOCUMENT DE TRAVAIL, MSSS, Québec, 2004.

CONSEIL QUÉBÉCOIS DE LUTTE CONTRE LE CANCER, *Stratégie et plan d'action 2003-2005*, MSSS, Québec, Septembre 2003, 57 pages.

CONSEIL QUÉBÉCOIS DE LUTTE CONTRE LE CANCER, *Avis sur le traitement chirurgical du cancer*, MSSS, Québec, Août 2001, 20 pages.

CONSEIL QUÉBÉCOIS DE LUTTE CONTRE LE CANCER, *L'intervenant pivot en oncologie, un rôle d'évaluation, d'information et de soutien pour le mieux-être des personnes atteintes de cancer*, MSSS, Québec, Novembre 2000, 42 pages.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Cahier des charges, document préparatoire à la signature de l'entente de gestion et d'imputabilité à intervenir entre une agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux et le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec*, Québec, Avril 2004.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, Direction générale des affaires médicales et universitaires, *Plan régional d'effectifs médicaux spécialisés*, Québec, Février 2004.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, Direction des affaires médicales et universitaires, *Le continuum de services pour les personnes atteintes de cancer et leurs proches, Paramètres d'organisation*, Programme québécois de lutte contre le cancer, DOCUMENT DE TRAVAIL, version Février 2004.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Programme québécois de lutte contre le cancer, La lutte contre le cancer dans les régions du Québec, Un premier bilan*, Québec 2003, 392 pages.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, Direction générale des services à la population avec la collaboration de la Direction générale des affaires médicales et universitaires, *Projet de politique en soins palliatifs de fin de vie*, DOCUMENT DE TRAVAIL, version Octobre 2003, 119 pages.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Devenir un groupe de médecine de famille (GMF), Guide d'accompagnement*, VERSION PRÉLIMINAIRE, Québec, Septembre 2003.

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DES LAURENTIDES, Direction régionale des affaires médicales et hospitalières, *Version synthèse, La lutte au cancer dans les Laurentides : État de situation au 31 mars 2002*, 2002, 68 pages.

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DES LAURENTIDES, Direction régionale des affaires médicales et hospitalières, *La lutte au cancer dans les Laurentides : État de situation au 31 mars 2002*, 2002, 229 pages (plus annexes).

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DES LAURENTIDES, Direction des services administratifs, préhospitaliers et des ressources immobilières, *Plan directeur des ressources informationnelles, rapport final, version 2.1*, 1997.